ISSN 0185–2299

ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL FUNDADA EN 1949 ORGANO OFICIAL

DISTRIBUCION GRATUITA

MEXICO, SEPT.- OCTUBRE-NOV. 1988
VOL. XXXIII NUMERO 4

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

INFORMACION 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, galactorrea, 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 caracter 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 lidocaina). Por tal motivo, en casos de sobredosificación, se recomienda lavaje gástrico inmediato y monitoreo cardiaco 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-1551/J

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 rinitis trial by Wittig HJ, with Cohan RH, Bloom FI, Rhoades RB, et al.

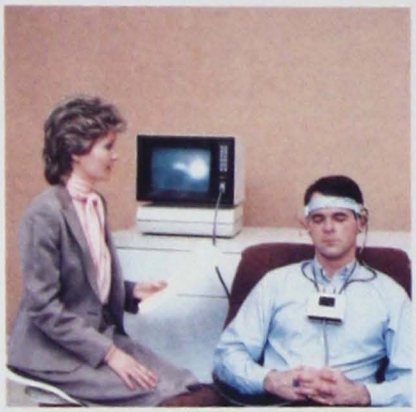
Su venta requiere receta médica
Literatura exclusiva para médicos
Reg. No. 202M87 S.S.A.
* Marca Registrada
I. Méd. NKE-1945/J

FISONS

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

Nicolet

APOYO PARA EL DESCUBRIMIENTO



Cada descubrimiento tiene que ver con nosotros.

En 1984 NICOLET Instrument Corporation y la Universidad de Wisconsin pusieron en marcha el Proyecto Phoenix, que tenía como objetivo investigar y desarrollar, a partir de un análisis del oído, el acondicionamiento adecuado y exacto de auxiliares auditivos en pacientes con problemas de sordera.

Después de tres años de trabajo conjunto, el Proyecto Phoenix dió como resultado el primer equipo que resuelve integralmente necesidades en estudios audiológicos: el NICOLET Aurora.

Nuestra línea de Audiodiagnóstico y Potenciales Evocados, vienen a resolver los problemas de una inadecuada adaptación de un auxiliar auditivo, proporcionando los datos necesarios para producir un aparato exacto para las dimensiones y problemas del paciente y evitar trastornos en el habla y en el nivel auditivo.

Además de funcionar como computadoras personales compatibles, nuestros equipos realizan análisis de oído medio, timpanografía, oído real, audiometría, analizador de auxiliar auditivo, pruebas de Bekesy, logoaudiometría, potenciales evocados auditivos, visuales y somatosensoriales entre otras funciones.

En la solución a problemas de otorrinolaringología, descubra las posibilidades de NICOLET.

Nicolet

APOYO PARA EL DESCUBRIMIENTO

Instrumentos de Alta Tecnología, S.A. de C.V.

Insurgentes Sur No. 1689
Col. Guadalupe Inn
01020 México, D.F.
Tels. 687-2440/687-5669
Telefax (525) 543-0412

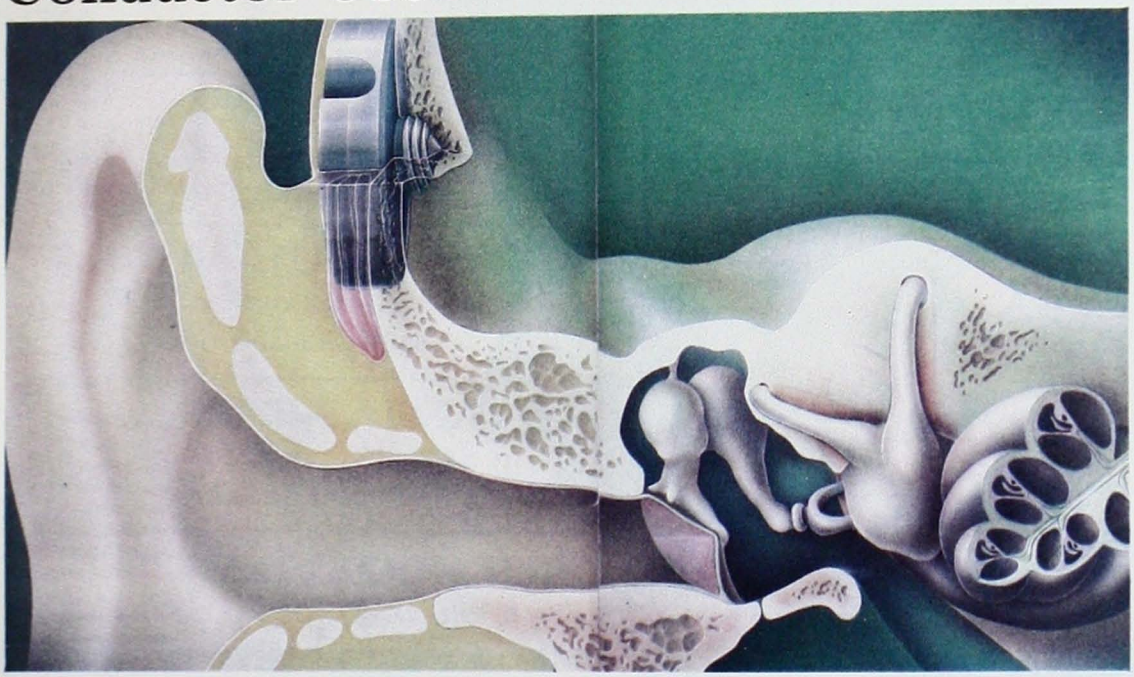
Huerta Médica Mexicana, S.A.

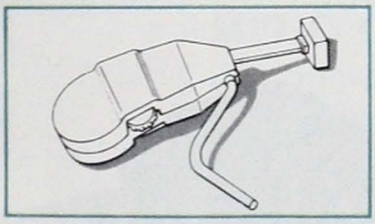
Es el Unico Dispositivo que suministra una conducción directa al Hueso Temporal (Implante enroscado Electromagnetico).

NUEVO

XOMED AUDIANT™

Conductor Oseo™





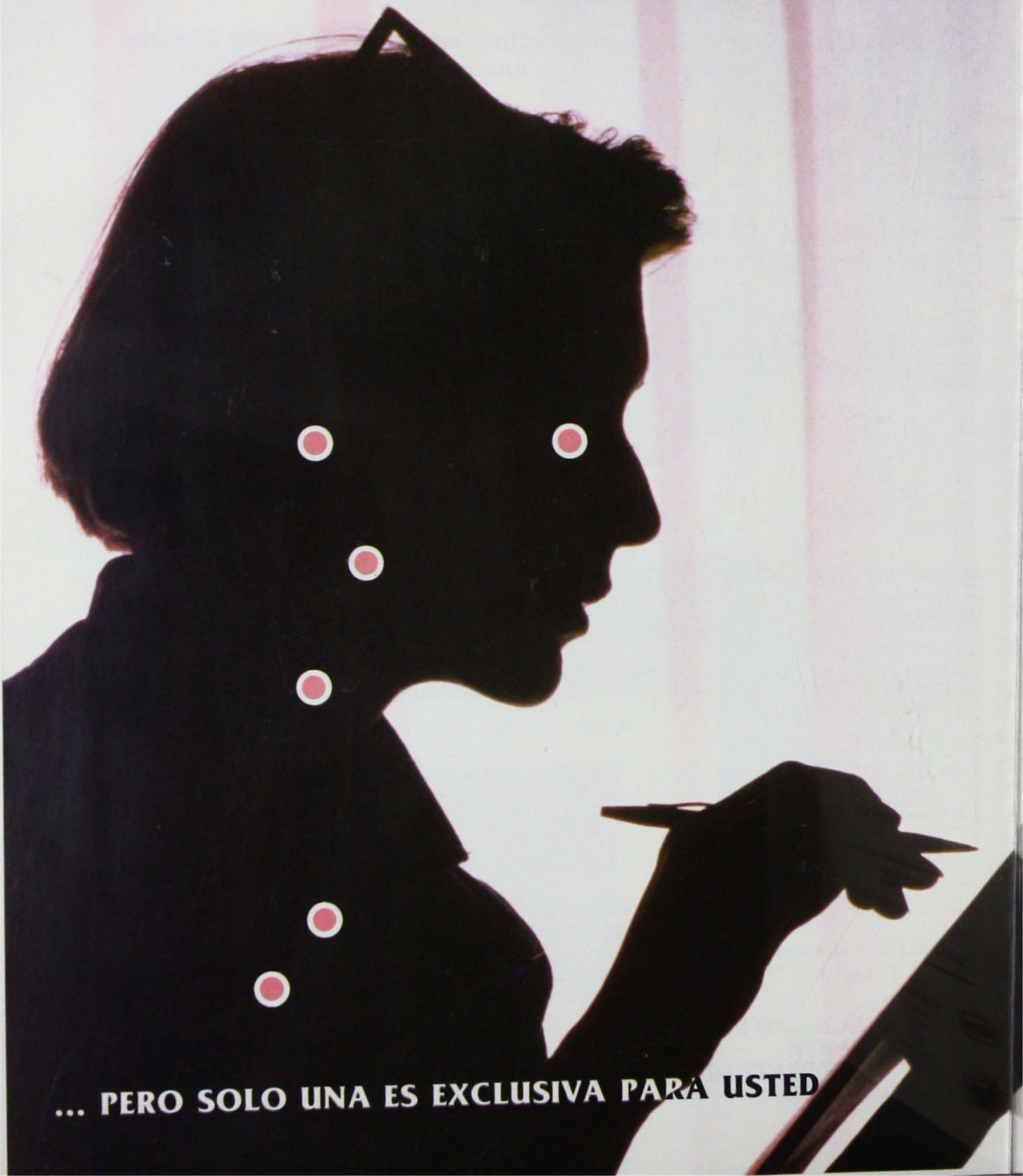
Para Pacientes:

*Que presentarán una pérdida auditiva bilateral grave.
*Con Otitis Externa Crónica
*Que necesitan algún aditamento auditivo
*Que presentan cambios anatómicos del oído externo y/o del Mastoideo

ESPERANZA No. 703 LETRA B
COL. NARVARTE
DELEGACION BENITO JUAREZ
03020 MEXICO, D.F.

FAX: 682-67-01
TELS. 536-44-34 523-98-22
543-48-64 525-36-81

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 Amifa

Hecho en México por:
ALCON LABORATORIOS, S.A. DE C.V.
Cerrada de Popocatépetl No. 46
México, D.F. 03340
TEL. 396-92-55
Literatura exclusiva para médicos.
I.MED. NEE-867/J

PROMOCIONADO SOLO PARA OTORRINOS

El antihistamínico no sedante más rápido

El alivio comienza en 30 minutos

Con CLARITYNE, la mayoría de los pacientes comienzan a sentir alivio de los síntomas dentro de los 30 minutos después de administrar la primera dosis[1]... más rápida que astemizol[2] y que terfenadina[3].

Alivio con administración una vez al día

Alivio sin sedación

Sin interacción con alimentos

NUEVO

ANTIHISTAMINICO NO-SEDANTE

CLARITYNE®

LORATADINA 10 mg UNA VEZ AL DIA

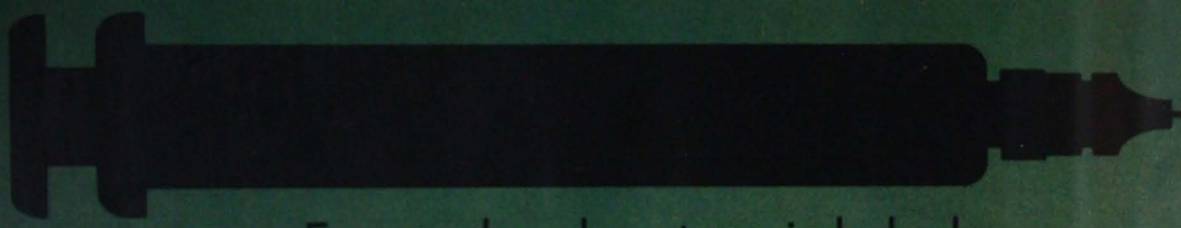
Su venta requiere receta médica.
No se deje al alcance de los niños.
Reg. No. 045M88 S.S.A.
I. Méd. OEE-930/J.
Literatura exclusiva para médicos.

Scheramex S.A. DE C.V.

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

Are-19388-CLE

diprospan*



Expande el potencial de la corticoterapia inyectable

Máxima concentración plasmática en **30 MINUTOS**

DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB
	○	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	☾	●	☽

Efecto prolongado por **30 DIAS**

DIPROSPAN*

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

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

INDICACIONES: La suspensión Diprospán están indicada en el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas que respondan a corticoides y se indica en los siguientes padecimientos: Enfermedades osteomusculares y de los tejidos blandos, padecimientos alérgicos, afecciones dermatológicas, enfermedades del colágeno, colitis ulcerativa, ileitis regional, manejo paliativo de enfermedades neoplásticas, síndrome adrenogenital, esprue, afecciones de los pies, afecciones que requieran inyección por vía subconjuntival, discrasias sanguíneas que respondan a corticoesteroides, 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 glúteo.

REACCIONES ADVERSAS: Las reacciones adversas a Diprospán suspensión generalmente pueden desaparecer o reducirse al mínimo mediante la disminución de la dosis, en general ésto es preferible a la suspensión del tratamiento. Aunque la incidencia de reacciones adversas a Diprospán suspensión ha sido muy baja se debe considerar la posibilidad de que ocurran efectos secundarios característicos de los corticoesteroides.

CONTRAINDICACIONES: Al igual que los demás corticoesteroides, Diprospán suspensión está contraindicada en las afecciones micóticas sistémicas, en enfermos hipersensibles a la betametasona, otros corticoesteroides o a cualquiera de los componentes de esta fórmula. Diprospán suspensión no deberá inyectarse por la vía intramuscular a enfermos con trombocitopenia o purpura idiopática.

PRECAUCIONES: Diprospán 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 corticoesteroides 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 corticoesteroides en el embarazo, en mujeres lactando o en aquellas en edad de procrear.

PRESENTACION: Diprospán (suspensión) caja con una ampolleta de 1 ml. Agítese bien antes de usarse. Manténgase entre 2º y 30ºC 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.

Su venta requiere receta médica.
Literatura exclusiva para médicos.
I. Med. ODE-754/J. ARE-15488-DIN

Scheramex S.A. DE C.V.
Av. 16 de Septiembre No. 301 Xochimilco, México 16090, D.F.

Miembro de amif

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

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

FORMULAS:
Penbritin* T-5 Cápsulas: Cada cápsula contiene ampicilina trihidratada equivalente a 250 ó 500 mg de ampicilina
Penbritin* T-5 Suspensión: Cada cucharadita de 5 ml contiene ampicilina trihidratada equivalente a 250 mg de ampicilina
Penbritin* Inyectable: Cada frasco ámpula contiene ampicilina sódica equivalente a 500 mg ó 1 g de ampicilina
Penbritin* 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. ámpula y ampolleta de solvente con 2 ml de agua inyectable
Inyectable de 1 g en caja con 1 fco. ámpula 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 penicilinasa

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

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

NOTA:
Penbritin* 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.S.A.
I. Méd. NBE-454/J

Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.
Miguel Angel de Quevedo # 307
Coyoacán C.P. 04310 México, D.F.

PN A-1 pág. 87/88

diprospan*

Expande el potencial de la corticoterapia inyectable

Máxima concentración plasmática en **30 MINUTOS**

DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB
	○	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	☾	●	☽

Efecto prolongado por **30 DIAS**

DIPROSPAN*

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

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

INDICACIONES: La suspensión Diprospán están indicada en el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas que respondan a corticoides y se indica en los siguientes padecimientos: Enfermedades osteomusculares y de los tejidos blandos, padecimientos alérgicos, afecciones dermatológicas, enfermedades del colágeno, colitis ulcerativa, ileitis regional, manejo paliativo de enfermedades neoplásticas, síndrome adrenogenital, esprue, afecciones de los pies, afecciones que requieran inyección por vía subconjuntival, discrasias sanguíneas que respondan a corticoesteroides, 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 a Diprospán suspensión generalmente pueden desaparecer o reducirse al mínimo mediante la disminución de la dosis, en general ésto es preferible a la suspensión del tratamiento. Aunque la incidencia de reacciones adversas a Diprospán suspensión ha sido muy baja se debe considerar la posibilidad de que ocurran efectos secundarios característicos de los corticoesteroides.

CONTRAINDICACIONES: Al igual que los demás corticoesteroides, Diprospán suspensión está contraindicado en las afecciones micóticas sistémicas, en enfermos hipersensibles a la betametasona, otros corticoesteroides o a cualquiera de los componentes de esta fórmula. Diprospán suspensión no deberá inyectarse por la vía intramuscular a enfermos con trombocitopenia o purpura idiopática.

PRECAUCIONES: Diprospán no debe administrarse por vía intravenosa o subcutánea. Se requiere que se empleen estrictos técnicos asépticos, 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 corticoesteroides 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 corticoesteroides en el embarazo, en mujeres lactando o en aquellas en edad de procrear.

PRESENTACION: Diprospán (suspensión) caja con una ampolleta de 1 ml. Agítese bien antes de usarse. Manténgose entre 2º y 30ºC 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.

Su venta requiere receta médica.
Literatura exclusiva para médicos.
I. Med. ODE-754/J ARE-15488-DIN

Scheramex S.A. DE C.V.
Av. 16 de Septiembre No. 301 Xochimilco, México 16090, D.F.

Miembro de: amif

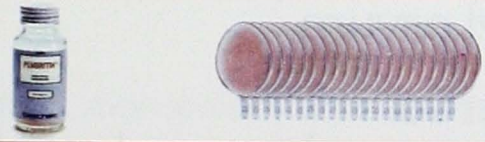
NUEVO DE Beecham

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



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

FORMULAS:
Penbritin* T-5 Cápsulas: Cada cápsula contiene ampicilina trihidratada equivalente a 250 ó 500 mg de ampicilina
Penbritin* T-5 Suspensión: Cada cucharadita de 5 ml contiene ampicilina trihidratada equivalente a 250 mg de ampicilina
Penbritin* Inyectable: Cada frasco ámpula contiene ampicilina sódica equivalente a 500 mg ó 1 g de ampicilina
Penbritin* 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. ámpula y ampolleta de solvente con 2 ml de agua inyectable
Inyectable de 1 g en caja con 1 fco. ámpula 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 penicilinasa

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

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

NOTA:
Penbritin* 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.S.A.
I. Méd. NBE-454/J

Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.
Miguel Angel de Quevedo # 307
Coyoacán C.P. 04310 México, D.F.

PN A 1 pág. 87/88

Beecham
La Autoridad en Penicilinas

Al Servicio del **Otorrinolaringologo. . .**

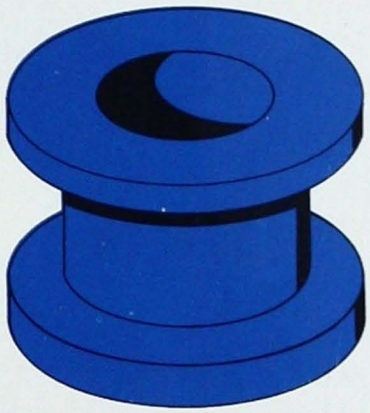
Merocel®

Tapones nasales canulados especialmente diseñados para Rinoplastía y Epistaxis.
Pabilos y empaques para oido.

Aquaplast

El entablillado nasal ideal.

Microtek



Tubos de ventilación.
Sistema de irrigación para el oido 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 oido, contra humedad y ruido.

Pida informes a:

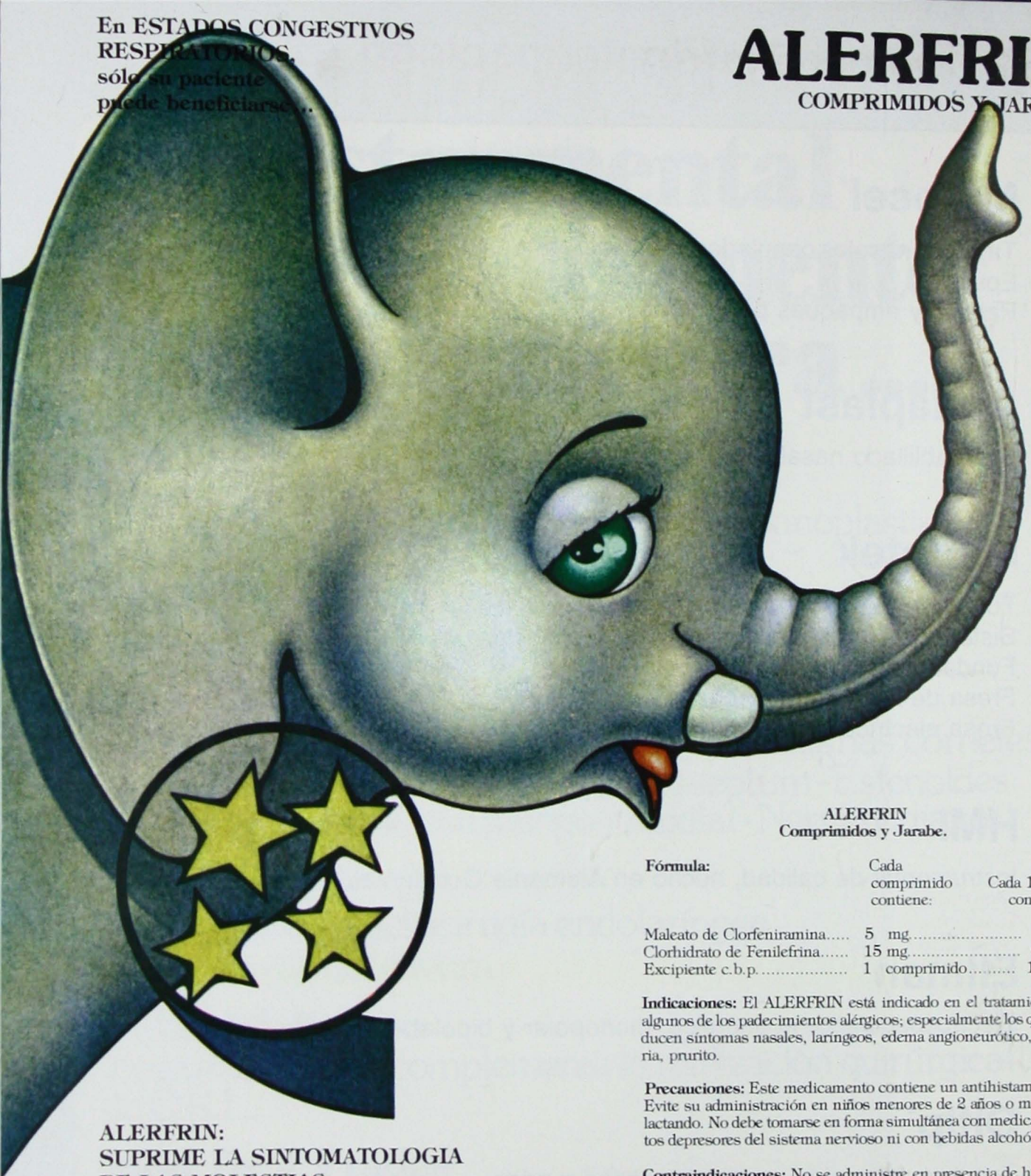
MICROTECNICA QUIRURGICA, S.A. de C.V.

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, laríngeos, edema angioneurótico, urticaria, prurito.

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

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

Reacciones secundarias: Puede ocasionar somnolencia y sequedad de boca.

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

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

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

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

Literatura exclusiva para médicos. Este medicamento es de empleo delicado, su venta requiere receta médica.
Hechos en México por Alcon Laboratorios, S.A. de C.V. Cerrada de Popocatépetl No. 46, México, D.F. C.P. 03340. I. Med. MHE-1332/J

ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Vol. XXXIII México, Septiembre, Octubre, Noviembre 1988 Número 4

FUNDADA EN 1949

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

En nuestro número anterior analizamos la invención del diapasón y su utilidad en el mundo de la música, ahora examinaremos cómo fue que este instrumento fue adquiriendo su lugar en el mundo de la otología.

Treinta y cinco años después de su descubrimiento William Tans´ur describe en términos físicos el aparato en las siguientes palabras: "Se trata de un artefacto elástico que produce un tono útil para afinar los instrumentos musicales. Está hecho de buen acero, bien pulido, cuyo carácter sonoro es muy limpio. Resuena cuando se le pone en movimiento al golpear alguna de sus ramas sobre una tabla o mesa, mientras se le mantiene por el vástago, entre el índice y el pulgar, manteniendo el sonido durante algún tiempo, y es más claramente escuchado al colocarlo sobre el hueso del oído o los dientes."

El profesor de anatomía Giovanni Ingracsia (1510-1580) describe la vía ósea, y hasta tres siglos después Ernest Weber lo aplica a la medicina, al hacer la descripción de la prueba que llevaría su nombre. En 1834, publica, en latín, el resultado de una interesante observación en la cual habla de que la meta del uso del diapasón, es lograr diferenciar entre pérdidas producidas por sorderas de transmisión o las debidas a transtornos de percepción. Describe la fundamental diferencia de que en algunos casos de hipoacusia, cuando el diapasón es colocado en cualquier parte de la línea media del cráneo se escucha mejor de un lado que de otro, haciendo así las conclusiones que todos conocemos.

Heinrich Adolf Rinne (1819-1868), alemán de nacimiento, comparó la duración de la vibración de un diapasón por conducción aérea y por transmición ósea del lado. En 1885 publica una serie de 22 observaciones experimentales. Esta es la traducción del primero de ellos:

"Por medio de un experimento fácilmente realizable, podremos observar que es menos eficiente la conducción del sonido por los huesos del cráneo que por su conducción normal por el aire. Si yo coloco un diapasón sobre los incisivos superiores y lo mantengo en esa posición, notaré que es claramente audible hasta que transcurrido un lapso de tiempo dejó de escucharlo. En ese momento colocó el diapasón enfrente del oído externo y nuevamente escuchó el sonido con gran intensidad, desapareciendo después de un tiempo considerable. En cuantas personas, con oídos sanos que repito el experimento, el resultado es el mismo. Si pongo el diapasón en la mandíbula, puedo oírlo por un tiempo un poco mayor. Esto se explica por la cercanía de la articulación con el oído.

"Este experimento puede ser empleado con fines de diagnóstico en casos de sordera. Si el resultado de este experimento, realizado en una persona sorda es el mismo al realizado en una persona normal, entonces podremos concluir que el aparato de conducción es normal. Por lo tanto el nervio auditivo deberá ser la parte enferma. Sin embargo, el paciente que oye el sonido transmitido por el hueso un mayor tiempo que por la vía normal seguramente, padecerá una lesión de alguna parte del aparato de conducción, incluida la membrana de la ventana oval"

*Adolf Rinne, fue una persona de un carácter un poco especial, primero trabajó como médico general en G*tinger, después su actividad profesional la realizó en un manicomio y seguramente la siguiente lista de algunas de sus publicaciones nos demuestran su variable perspicacia científica poco convencional: "Sobre el órgano de la voz y sobre la formación de la voz" (1864) "Sobre la forma del firmamento" (1864); "El materialismo y la ética del deseo" (1868). Muere en 1868 de disentería, es una verdadera tristeza que tengan que transcurrir más de 25 años, para que la excelente descripción del experimento arriba descrito sea aprovechado y tenga su popularización clínica gracias a Friedrich Bezold y August Lucae, quienes lo describen en 1880.*

Dr. Rafael García Palmer
Director-Editor.

Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología aparece en los siguientes índices bibliográficos.
Excerpta Médica. Holanda
Index del Instituto de Información Científica de la Academia de Ciencias de la U.R.S.S.
Index Panamericano. Brasil
Periódica. Indice de Revistas Latinoamericanas de Ciencia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

LECCION MAGISTRAL

Otorrinolaringología y Comunicación Humana

Dr. Francisco HERNANDEZ OROZCO*

PALABRAS CLAVE: Comunicación Humana, Conferencia Magistral

¿Que es una conferencia magistral? ¿Que significa? Es algo que todos sabemos. Nos alga y satisface. Nos honra. Es por esto que me siento honrado. La preferente amistad de muchos y en particular la del Presidente del Congreso, Dr. José Angel Gutierrez Marcos y sin duda la benevolencia y buena voluntad de todos, me tienen aquí en este lugar eminentemente no por mí, sino por lo que representa para nuestra Sociedad el trabajo de muchos años de un compañero de Ustedes.

Los médicos estamos convencidos de que las palabras que expresan nuestro pensamiento contienen la verdad o parte de ella. Sin embargo, hay otra verdad más importante que este supuesto y es la de que lo que más ignora un expositor, es necesariamente su propia ignorancia. Ofresco disculpas por ella. Se darán cuenta que junto con la inevitable emoción se imbrica la dificultad de decirles algo de interés y que realmente importe a nuestra vocación de servicio.

En la elección del temas por nuestro Presidente, la Otorrinolaringología y la Comunicación Humana la intención es transparente y cristalina.

El tema por si solo muestra la intención, su relación e interdependencia son hechos verdaderos y campos de la Ciencia por Ustedes ya conocidos y motivo de su quehacer diario.

Elegido el tema, se encuentra uno ante el problema del tiempo, de la claridad y del orden.

¿Cómo expresar en tiempo breve, casi 500 000 años de evolución del Homo Sapiens sobre la tierra y sintetizarlos en su principal cualidad que es la comunicación? ¿Cómo lograr un enfoque claro? ¿Que orden seguir? Cuestionamientos difíciles de resolver porque los pensamientos que se originan en la libertad de la conciencia me resultan disímbolos y desordenados. La literatura médica tampoco muestra un orden lógico para nuestro objeto.

Es necesario tratar de estructurar un discurso coherente, aunque éste diste mucho de tener la acabada perfección de un escritor de oficio o la calidad conceptual de un filósofo.

Esta es la expresión sencilla de un médico como ustedes. Considérenlo así.

La Otorrinolaringología motivo de nuestra diaria preocupación, genéricamente estudia, investiga y resuelve los problemas del hombre en la nariz, en los oídos, en la garganta y en la laringe.

La Otorrinolaringología así pues, resulta la especialidad encargada de mantener la salud de los órganos responsables de la estructuración de lo que diferencía al "primate hombre" de los otros primates. Es decir del pensamiento, del conocimiento y de la comunicación. Esta última, en primera instancia es elemento imprescindible de las otras dos. Esta virtud es la que lo ha colocado encima de los demás habitantes de la tierra y lo ha hecho sentirse Dios. En el principio fue la palabra y la palabra era Dios, rezan algunas teologías, aunque para algunos escépticos fue el

* Conferencia Magistral leída el 4 de mayo de 1988 durante el XXXVIII Congreso Nacional Acapulco, Gro.

hombre quién hizo a Dios a su imagen y semejanza.

La Otorrinolaringología atiende también la encrucijada neurológica en la que se desarrollan casi todos los fenómenos básicos de relación y comunicación entre los hombres y con su nicho ecológico.

En la cara confluyen el trigémino, el facial, el olfatorio, el óptico, los pares craneales motores de los ojos (motor ocular, patético, motor ocular externo) y relacionados íntimamente con ellos el auditivo, el vestibular, el neumogástrico, el glosofaríngeo y el hipogloso. Son estos pares craneales que en conjunción con el sistema vegetativo (hipotálamo) nos permiten el rubor, la extrañeza, la sonrisa, el enojo, la sorpresa, la alegría, la palabra. En síntesis la Comunicación Humana.

La patología de todos ellos y las enfermedades intrínsecas de los órganos que inervan y sus consecuencias son muy conocidas de Ustedes por lo que me referiré a aspectos menos usuales que tienen que ver con la comunicación humana. Ustedes no ignoran la sordera de Beethoven y de Goya.

Las más de 30 resignadas operaciones de Freud, para liberarle del cáncer en el tercio medio de la cara. Las mutilaciones de Franciscanos y Jesuitas en Nagasaki que soportaron la amputación de la nariz y parcialmente de las orejas junto con sus discípulos asiáticos. Uno de ellos al decir de la tradición, Samurai, al ser tratado con indulgencia reclamó y dijo: ¡Así no! igual que a ellos. La crucifixión con Felipe de Jesús fue su destino final. Otros ejemplos, algunos triviales llenan páginas y páginas. No obstante el atractivo histórico no me referiré a estos órganos, sino a la función conjunta y sus resultados.

La comunicación es tan añeja como el hombre, pero su estudio e investigación sistemática son el resultado reciente de la interacción de varias disciplinas científicas. Sin ser todas ni excluyentes entre sí, se pueden mencionar la Antropología, la Paleontología, la Linguística, la Sicología, la Siquiatría, la Sociología, la Genética y más recientemente la Etología y la Cibernética.

Obviamente la Foniatría, la Audiología y la Otorrinolaringología merecen una mención por separado.

La Comunicación Humana como Ciencia es joven. Ha nacido y se ha desarrollado en los últimos cuarenta o cincuenta años por lo que en el contexto científico se puede considerar como nueva.

Muchos de sus conceptos son controvertidos y motivo de discusión permanente y de estudio en la línea de reflexión de cada uno de los científicos y su especialidad.

Sus avances distintos en calidad y dirección, se llevan no obstante e indefectiblemente a un mejor conocimiento de la comunicación Humana.

Las definiciones que de ella se tienen son distintas dependiendo del especialista y su medio. Como curiosidad mencionaré algunas.

Para G. du Maurier, el lenguaje verbal es una cosa pobre a la que describe así: "...Se llenan los pulmones de aire, vibra una pequeña hendidura en la garganta, se hacen gestos con la boca y eso estremece al aire; y el aire hace vibrar a su vez, un par de membranitas en otra cabeza y el cerebro capta toscamente el mensaje".

El Antropólogo americano Ray Birdwhistell, Director del proyecto de estudios de la Comunicación Humana en Filadelfia resumió a la comunicación no como el resultado de una fuente emisora y de un receptor.

Para él es una negociación entre dos personas. Pensamiento acorde al mundo crematístico e imperialista en el que vive. Para un cibernetista como Robert Wiener, premio nobel, padre de esta Ciencia junto con el fisiólogo Arturo Rosemblueth a la que maduraron y dieron forma en el Instituto Nacional de Cardiología, en México, la comunicación está sometida como el resto del mundo a la segunda ley de la termodinámica y por lo tanto información y entropia se hallan en razón inversa. Información y comunicación de alguna forma y para fines prácticos son sinónimos, aunque la primera precede a la segunda.

Desde entonces Cibernética, automatización y teoría de la información han evolucionado insospechadamente hasta lo que ahora a través del Prolog u otros sistemas se denomina inteligencia artificial. Estos trabajos y sus relaciones biológicas son especialmente prometodores para el hombre y nos hacen a la vez un tanto cuanto dependiente en la vida diaria y en la tarea científica.

Los filósofos y políticos también la definen según su ideología y sus intereses. La Comunicación Humana es para unos democrática y anticomunista y para otros conlleva a la justicia social y al anti-imperialismo.

Pero no nos confundamos, otro es el motivo de nuestro interés.

El análisis y suma de los conocimientos, esencial en la ciencia y fundamental en el investigación, no es práctica para nuestro análisis.

Se tienen que tomar teorías parciales que funcionen como instrumentos

útiles que sumados a otros en sus puntos coincidentes reafirmen una idea del pensamiento y la lleven a una esfera de aplicación factible en nuestro trabajo médico o en nuestra vida diaria.

Darle este enfoque, por ahora escabroso y arbitrario, de momento persigue más que verdades científicas, algunas sombras y junto a ellas quizá, algunas luces. Estas últimas permitirán el advenimiento de muchos hechos que por su presencia habitual, su consustancialidad o su relación indirecta con los oídos, la nariz y la garganta sólo despiertan interés cuando faltan o se alteran. A veces su relación no es muy diáfana.

Estoy conciente de que mis palabras tendrán la pasión que me caracteriza en detrimento quizá de la claridad, pero aunque trato de convencer nunca quiero ser dogmático. Mi mayor deseo es despertar en Ustedes un nuevo interés.

Se impone ahora un resumen, un tanto tradicionalista y orientador de la Comunicación Humana que en alguna ocación ya expresó en el seno de nuestra Sociedad.

A través de los sentidos el hombre recibe la información de su entorno; el cerebro se encarga de procesarla y su sistema muscular modifica las actitudes que debe asumir ante el ambiente. Comparte con muchas especies este mecanismo de información y respuesta. A través de él elaboró un elemento diferenciador: El Lenguaje.

Otros animales también lo tienen. Pero el del hombre es único. Le ha permitido no sólo la comunicación con los demás sino consigo mismo. Posee la capacidad de la meditación interior, del monólogo. Es el único ser vivo conocido susceptible de reflexionar..

La reflexión le abre dilatados campos al símbolo y a la abstracción.

Es la ventana al mundo de las ideas y de los conceptos.

El lenguaje hereda la experiencia de un hombre a otro de una generación a otra.

Es el vehículo de la cultura y de la civilización.

Es el patrimonio del hombre y su principal instrumento de comunicación. Es un hito de la especie.

Es el producto de centenas de miles de años de perfección continua.

Es una capacidad adquirida a través de la audición apoyada en la vista.

Apenas cuatro o cinco mil años, el hombre inició la aventura del lenguaje escrito.

Milenios despues y hace sólo unas centurias, desarrolló los símbolos numéricos y las matemáticas.

Newton, Leibnitz, Pascal, Kantor y Russell entre otros, son generadores y promotores de esta línea de la inteligencia.

De entonces a ahora ha habido un desarrollo vertiginoso pero no ha cambiado en lo fundamental. El lenguaje oral y escrito es un artificio; debe enseñarse y aprenderse.

Considerada así, en el devenir del tiempo, la Comunicación Humana (musical, matemática, lingüística) es producto de la evolución, de la selección natural y del aprendizaje.

Todos los mamíferos tienen oídos, nariz y garganta pero no hablan.

Es de suponer que el crecimiento del poder cerebral (tamaño y calidad) fue un factor determinante.

Entonces un animal inteligente, un antropoide podría y debería hablar.

Muchos Zoólogos lo intentaron. Algunos orgullosos mostraban un chimpancé que decía "dady" (papá) u otras palabras simples.

Pero en general el adiestramiento fue un fracaso.

Dos causas fueron fundamentales:

a) El estudio citoarquitectónico del cerebro de los monos mostró que carecen de los centros cerebrales del habla, particularmente de la zona motora y

b) La anatomía de los órganos de la fonación implica el paso de la columna de aire expirado necesariamente por la nariz, debido a la proximidad de la epiglotis y el paladar blando que se unen y excluyen a los órganos resonadores y articuladores. Hay una laringe alta.

El hombre de Neanderthal, coetáneo del Homo Sapiens tenía cerebro pero sabemos que no hablaba. Compartía con los antropoides la estructura laringea y no obstante el desarrollo de su volumen craneal como el del hombre actual, su incapacidad fonatoria y lingüística lo eliminaron hace 30 000 años aproximadamente de la competencia con el hombre. O por lo menos así supongo. Es probable que hayan intervenido otras causas como las sucesivas glaciaciones y la alimentación y no necesariamente la supervivencia del más apto, concepto desarrollado por Herbert Spencer y atribuido generalmente a Ch. Darwin.

Las espectativas de la investigación en los primates se basan ahora en la búsqueda de la habilidad para entender símbolos, no para crearlos o simplemente expresarlos o combinarlos. Particular mención merecen los resultados contradictorios del chimpancé Nim Chimpsky adiestrado por Hebert Terrace con los otros entrenadores como Duane Rumbaugh y Sue Savage y su mono Lana y los de la gorila Koko capaz de "versificar" y enseñado por Francine Patterson.

Los chimpancés Sherman y Austin al parecer comprenden el significado de los símbolos Yerkish, un lenguaje que usa una consola de computador con teclas con imágenes geométricas para representar palabra.

En todos los casos el espectro de Hans el listo, un caballo educado por Whilhelm Von Osten principalmente para cálculos matemáticos y al que se le suponía un lenguaje interior y que en realidad respondía a señales visuales inconcientes de los observadores dan un toque de escepticismo a los resultados con los monos, aún los adiestrados en Ameslan, el lenguaje manual para sordos de los americanos.

Fisicamente hay evidencia de que la evolución y la Biología son importantes en la producción y comunicación del lenguaje.

Noa Chomsky sostiene que todas las lenguas humanas poseen planos subyacentes básicos y propios. Deben ser aprovechados oportunamente. En la infancia tenemos un periodo óptimo para el aprendizaje de una legua.

No puede posponerse para después, para mañana. Es para ayer. Esto lo saben y lo promueven todos los rehabilitadores de problemas de lenguaje.

Hay en el substrato biológico un periodo adaptativo crucial en niñez temprana que debe ser utilizado para la enseñanza y el aprendizaje del idioma.

El substrato biológico es diferente de un hombre a otro, de una comunidad a otra, pero ninguno es mejor ni peor.

Sin embargo es sobre esta base biológica y educacional que se desarrolla la Comunicación Humana.

Hasta ahora me he referido fundamentalmente a la comunicación verbal.

Hay otra, no menos importante y paralela que no utiliza la palabra sino ciertas actitudes y conductas y que por influencia sajona conocemos como "no verbal". Precedió en centenas de miles de años a la comunicación verbal propiamente dicha o lenguaje oral.

A ella recurren insistentemente y a veces como único instrumento de rehabilitación las Terapistas de los trastornos de la comunicación humana.

Es el otro camino para llegar a la comunicación verbal ahora y tal vez lo fue inicialmente en el pasado. Sin embargo es Weldon Kees (fotógrafo) y Jurgen Ruesch (psiquiatra) quienes hasta el año de 1956 acuñan la expresión "no verbal" en el título de su libro "Nonverbal Comunication: Notes on the visual perception of Human Relation". Desmond Morris, el conocido autor de "El mono desnudo" le llama "filtración no verbal". El uso ha consagrado a la primera.

Hay precedentes importantes desde Darwin en 1872, Kretschmer en 1925, Sheldon en 1940 y Efron en 1941. Más recientes motivadores en esta línea de estudio son Birdwhistell en su "Introducción a la Kinestesia" y "El lenguaje del silencio" de E.T. Hall. No debo dejar de mencionar los esfuerzos de Flora Davis y Mark L. Knapp en sendos libros sobre la comunicación no verbal.

A través del tiempo ha habido signos que han reemplazado a las palabras. Algunos estudiosos sugieren que el primer lenguaje del hombre fueron las señas.

Es sabido también que son fáciles de aprender. El niño sordo y su familia inventan rapidamente su propio sistema de comunicación con señas. No ha sido posible universalizarlas. Ni siquiera regionalizarlas, el destino de los intentos de unificación ha sido como el del Esperanto. Pero no hay porqué desanimarse. Hay más tiempo que vida. Es estimulante que en la música la simbología se haya generalizado.

Las señas son un campo limitado de la comunicación no verbal integrantes de ella, conocidas de antaño, son también el olfato y las actitudes. Los movimientos corporales, las posturas, las expresiones faciales, la partipación de los ojos y los ritmos corporales están entre las principales.

Trataremos parcialmente algunas.

Apoyo indirecto y campo fértil de estudio en estos aspectos han sido los animales en su habitat natural Estos y su conducta social y sexual incluidas sus actitudes gestuales y posturales son terreno de la Etología y a Konrad Lorenz le otorgaron el Premio Nobel por estos estudios, aunque el análisis de la agresividad fue su principal punto de partida.

Es posible ahora hablar también de Etología Humana. Múltiples y acuciosos estudios le han consolidado, pero las conclusiones en el campo no son transferibles al otro. Son solamente orientadoras.

Por ejemplo, tras numerosos estudios y muchos esfuerzos se pusieron en evidencia similitudes entre el comportamiento no verbal del hombre y el de otros animales en particular sus discutidos ancestros de un tronco común: los primates.

Cuando los seres humanos se saludan inclinando la cabeza probablemente están indicando cierta sumisión similar a lo que indican los chimpancés con la misma actitud. Algunos políticos los imitan y hasta exageran.

Las actitudes gestuales son de origen genético. Se aduce como evidencia que todos los bebés tienen una sonrisa de

sociabilidad aún siendo ciegos lo que excluye la posibilidad de imitación. También adoptan expresiones de ira, de temor y tristeza.

En otro orden de ideas se ha relacionado el lenguaje oral con las actitudes y los gestos y al parecer son interdependientes. Son propios de cada cultura. El italiano, el neoyorquino y el judío tienen un idioma distinto y una actitud gestual y postural diferentes. Un caso probatorio lo constituye la filmación de Fiorello La Guardia, Gobernador de New York. Cambiaba de posición gestual y postural dependiendo del idioma. Sí lo hacía en italiano o yiddish. En una filmación sin sonido puede distinguirse fácilmente en qué idioma está hablando sin ver su boca.

Las expresiones faciales con indicadores fieles de ciertas emociones básicas. Recordemos la mímica facial de un napolitano y contrastémosla con la impenetrable de un asiático y la estoica de un indígena surcado de arrugas. Que diferencia con la facies cínica y arrogante de un sajón anciano no obstante la sonrisa y el maquillaje.

Con el V par se besa decía mi Profesor el Doctor Benjamín Bandera y qué duda cabe que el facial le ayuda y en ocaciones ¿como descartar al hipogloso?

El hombre se delata por su cara. Un entrevistador avezado puede ser útil o peligroso, según del lado en que esté.

Imaginemos a un Licenciado en Relaciones Industriales seleccionando personal o en la posibilidad de un estado policiaco de cualquier "ismo". En este sentido debemos recordar la obra póstuma y magistral de George Orwell, 1984 y la figura central, Winston Smith, el número 6079, que cometió "crimental" o "crimen facial" cuando su rostro dejó traslucir pensamientos prohibidos. En este personaje un acto de amor era una batalla y el clímax una victoria.

Era un golpe contra el partido. Era un acto político. Esta novela de sátira o de ciencia ficción escrita a principios de los años 50's ojalá nunca sea de caracter profético como no quisiéramos lo fuera tampoco en otro sentido "El mundo feliz" de Aldous Auxley. Signos premonitores de alarma se vislumbran ya en el trabajo de la política y en el terreno científico.

Si bien expresamos estado de ánimo con la cara y la posición corporal, también recibimos el mensaje.

Hace muchos años, se iniciaron numerosos experimentos tendientes a demostrar nuestra capacidad de recepción y de ésta la subliminal. Algunas lo usaron antes de comprobar su utilidad. Son conocidos los dos primeros mensajes visuales que se usaron en el cine. Uno: "Tome...la bebida oscura que ustedes ya saben" y el otro "Coma palomitas de maíz". Excuso este último porque incluye el menguado símbolo de la paz y un cierto espíritu nacionalista y latinoamericano.

Haggard y colaboradores llamaron micromomentáneas o simplemente "micros" a estas imágenes intercaladas.

Paul Ekman diseñó un equipo al que llamó taquistoscopio y para cualquier persona examinada es simplemente una pantalla en blanco. La proyección es de una céntecima de segundo y el acierto de las respuestas es notable entre los que se someten a ella.

Ekman estudió con imágenes subliminales el impacto de las emociones y las drogas.

Me referiré solamente de las drogas a la mariguana.

Quienes la habían fumado en relación con grupo de testigo, eran insensibles a la tristeza y al temor, pero reaccionaban con ira. Esto lo sabía sin el taquistoscopio el General Francisco Villa. Todos sus soldados la fumaron antes de la toma de Zacatecas y presumiblemente varios autores suponen que fue siempre. Además de las implicaciones bélicas que pudiera tener la experimentación de esta área (recordemos Vietnam) es trascendente por el uso que se le ha dado en la mercadotecnia.

Con la tecnología actual es posible parafraseando a Edman afirmar casi como un apotegma que: "Es muy posible enseñar a las personas, a las compañías y a los gobiernos a engañar mejor". Esta es posiblemente una de las tristes consecuencias de los ejemplos de Goebbels, el ministro de propaganda nazi.

Los ojos, ¿que decir de los ojos?, fueron campo de trabajo en el pasado como parte de nuestra especialidad. Al presente son los indicadores de uno de los componentes del VIII par, fundamento de la electronistagmografía y piedra de toque de la Otoneurología. Indirectamente le dieron el premio nobel a Bárany.

Hay quienes se hablan con los ojos.

También hay miradas que matan y ardientes pupilas.

Otro trovador ironizó a las miradas "que si fueran puñales matarían sólo al mirar".

¿Alguien no ha oído hablar del "mal de ojo"?

¿Quizás alguno no supo de alguien que se sintió afectado?.

Aún en el campo de lo anecdótico y trivial se decía que Pío IX era poseedor inocente del poder del mal de ojo y por extensión su bendición era inevitablemente fatal.

La tecnología ha venido en ayuda de la investigación. Con su apoyo analizaron las expresiones de la cara y en particular los ojos y de éstos las pupilas. Así nació la pupilometría que es reveladora de la actividad mental. Las respuestas del pupilómetro se han evaluado paralelamente con resultados concordantes con computadoras y con la prueba psicogolvánica (Galvanic Skin Resistance), conocido y utilizado por nosotros hace muchos años como prueba auditiva.

Robert Ardrey ha popularizado un fonómeno sexual que descubrió Eckjard Hess, psicólogo de la Universidad de Chicago.

La pupila se dilata en los hombres a la vista de un desnudo femenino y los homosexuales responden con mayor entusiasmo a los desnudos masculinos.

Parece que las pupilas grandes son más atractivas a los hombres a nivel subliminal. Sin tecnología desde la edad media con ese fin se usó la "belladona".

El ojo y la pérdida de su función con su inseparable interés médico tiene una añeja relación con la literatura cuyo inicio lo podemos situar en Homero y su caso más reciente en J.L. Borges.

En el intermedio se suceden muchos otros, pero quizá sea lícito el ensayo de Jules Romains, exiliado en México durante la gran guerra, quien interasado en Medicina experimentó con soldados ciegos y propuso un sentido paróptico en "Vista sin ojos".

De aquí a la percepción extrasensorial sólo hay un paso. No se ha dado pero estamos pendientes.

El olor incita o desanima. Un colaborador de Freud, G. Groddechk escribió: "el hombre es primeramente un animal nasal y aprende a reprimir su agudo sentido del olfato durante la infancia porque de otra manera la vida le sería imposible".

Siglos antes ya se usaba el perfume sin saber la existencia de feromonas y su utilidad biológica.

Mishima, pseudónimo de Kimitake Hirahoka, el autor más leído de oriente después del libro rojo de Mao Zedong (Mao Tse Tung para la mayoría) recrea en "Confesiones de una máscara" al no haber drenaje y alcantarillado en Tokyo la imagen de un recolector de excremento en dos cubos suspendidos en los extremos de una vara de bambú. También esperaba con impaciente alegría el olor del sudor de los soldados al regreso de la instrucción por si le daban algún cartucho vacío. Tenía 4 años. Curioso resulta que no obstante su fama como escritor polifacético, fecundo y candidato varios años seguido al premio Nobel, éste es para Kawabata en 1968 (el único en la literatura japonesa). Más interesante es mencionar que poco después Mishima comete Suppuku más conocido en nuestro medio como Hara Kiri después es decapitado. Las causa aún se ignoran.

Un éxito de librería actual (best seller) es: " El perfume" de Patrick Suskind o "La historia de un asesinato", se trata de la versatilidad del olfato.

Antes de estos autores, H.G. Wells en "El país de los ciegos", su personaje es capaz de percibir cosas que los que rodean no pueden ni imaginar.

James Joyce, el genio irlandés autor de el "Ulises" y el más ilustre ausente de la distinción de la fundación Nobel, en sus "Cartas de amor a Nora Barnacle" no escapó al influjo del olor, a su connotación sexual y ecatológica. La picaresca mexicana o de cualquier otro país hace del olor motivo de burla y gracejo.

El nervio olfatorio obviamente es importante en la comunicación humana y en la vida de relación. Junto con el tacto y el gusto son sentidos de proximidad e instrumentos necesarios en la comunicación afectiva no verbal.

Rumores históricos recuerdan la afición de Enrique III de Francia de oler en una prenda femenina de María de Cleves su peculiar aroma.

Las referencias científicas y triviales no tienen límites.

No podemos detenernos en muchos detalles.

Dejemos a los psiquiatras analizar el olor y el fetichismo en sus pacientes y en la literatura, por ejemplo, en la novela "La noche de la Iguana" de Tennesse Williams o en el cine en las múltiples películas que abordan el tema.

La extensión de la comunicación "no verbal", impide tratarla toda y menos en extenso en una ponencia.

Me propongo sólo externar algunos puntos más que considero de interés.

Había mencionado la importancia del trigémino, del facial y del glosofaringeo en el beso. Este es un proceso avanzado del galanteo en el que las actitudes precedentes y los gestos son precursores después del beso de mejores y más intensos momentos.

Hay posturas claves y provocativas además de la señal facial para inducir a un relación afectuosa.

Los psiquiatras las han estudiado mucho. Posición y movimiento de piernas y manos o bien posturas en el sofá. Naturalmente éstas sólo se refieren a aquellas en que el analista no tenía participación directa en el "chaisse longue".

Pasemos a otra cosa.

El ritmo es importante. Condon, Profesor asociado de Comunicación Humana en una clínica de Pittsburgh ha estudiado en filmaciones la correspondencia y la concordancia entre los movimientos de la comunicación no verbal en la pareja y en los grupos.

Le llama "Sincronía internacional" y es refleja. La ha demostrado en la relación madre-hijo. Para él es el cimiento sobre el que se estructura la comuinicación total.

Su estudio y aplicación están en proceso, como las indagaciones iniciadas por Chapple sobre "ritmos internacionales" con apoyo de computadoras. Su aplicación científica está limitada y sujeta a comprobación con fines empresariales y de mercadotecnia. Los avances de la Proxémica, interesada en el estudio del uso y percepción del espacio social y personal, son rápidamente utilizados por la televisión comercial.

Herbert Marshall Mcluhan se ha preocupado por ésto y otros aspectos de la Comunicación Humana sobre todo lo relacionado con los modernos medios de comunicación de masas, verbales y no verbales y su impacto en la cultura con énfasis en la penetración y desarrollo de la televisión y el desplazamiento de los tradicionales y en particular el libro.

Desde 1951 en su publicación " La Novia Mecánica" presagiaba la posible desaparición de la letra impresa y en 1962 en el denominado la "Galaxia de Gutenberg : La creación del hombre tipográfico" su tesis tenía tintes agoreros que implicaban el final de una época. Los medios son el mensaje, concluye en 1967, en su libro del mismo nombre. Este binomio medio mensaje a través de la televisión multiplica su presencia en el interior de cada hogar mexicano, la perturba y mediatiza. ¿Cómo protegerlo? ¿A quien corresponde? ¿Cómo no interferir con la libertad?. Preguntas aún sin respuesta.

Para terminar, el Homo-Sapiens se autodenominó así porque cree que sabe algo por el solo hecho de moverse en el universo de la palabra y a veces tiene conciencia de que se encuentra al final de una civilización o al principio de otra cuyo potencial intelectual se ha dirigido principalmente a destruir y amenazar con el peligro de autodestrucción definitiva y total.

La fabricación de armas, su venta y uso están legitimados por el poder del fuerte no por el de la justicia.

Los hongos de Hirochima y Nagasaki son una clara manifestación no verbal de la barbarie humana.

La Comunicación Humana, verbal y "no verbal" a través de los medios han ennoblecido la violencia, la mentira el el despojo.

No obstante este panorama apocalíptico a pesar de él, estamos esperanzados en pequeños grupos que trabajan en todo el mundo en beneficio de sus seme-jantes. De éstos en particular debo mencionar a los Terapistas en Comunicación Humana, a los Médicos Especialistas de esa disciplina médica y a Ustedes los Otorrinolaringólogos.

Es por lo tanto gratificante dirigirme a un sector médico tradicionalmente empeñado en el progreso y felicidad del hombre a través del uso humanista de su ciencia, de su técnica y de su arte dirigido al alivio o a la curación de sus semejantes.

TRABAJOS RETROSPECTIVOS

Amiloidosis laríngea. Beta 2 microglobulina su principal componente

Dr. Jaime FERNANDEZ ESPINOZA*
Dr. Antonio SODA MERHI*
Dr. Diego BERLANGA GOTES*
Dr. Luis TERAN**
Dr. Oscar GALVAN**
Dr. Pedro PASQUEL***

Resumen.- La amiloidosis laríngea, en su forma localizada, es una entidad rara; en la literatura sólo se han descrito 317 casos.

El presente trabajo revisa la clasificación de la amiloidosis. Se presenta un caso clínico en el que se demostró que el componente protéico que la conforma es la Beta 2 microglobulina, hallazgo que no había sido descrito.

Summary.- Laringeal amyloidosis, in its localised type ia a rare disease; only 317 cases having been described in the medical literature. In this paper we review the clasification of amyloidosis with presentation of a clinical case, in which the amyloid was found to consist for Beta 2 microglobulin proteins. This Finding has not been reported.

Palabras clave: Amiloidosis, Laringe, inmunología.

* Servicio de otorrinolaringología. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER)
** Departamento de inmunología. INER
*** Departamento de anatomía patológica. INER

TRABAJO PRESENTADO EN EL XXXVIII CONGRESO NACIONAL SMORLYCCC, ACAPULCO MEXICO, 1988.

INTRODUCCION

La amiloidosis es un enigma para clínicos y patólogos, comprende un grupo de enfermedades que tienen en común el depósito extracelular de material congofílico, el cual muestra microscópicamente y bajo luz polarizada una birrefringencia verde característica.[1]

En 1842 Rokitansky[2] fue el primero en describir depósitos hialinos en tejidos de pacientes con sépsis.

En 1853[3] Virchow acuño el término de amiloide llamandole así por su similitud con el almidón diferenciando ésta substancia de otras hialinas similares por métodos tintoria Burrow[4] 1875 reportó 3 tumores amiloides de la laringe y posteriormente en la literatura mundial se han descrito 317 casos más.[5, 6 y 7]

La Beta 2 microblobulina (B 2 m) es una proteína separada y caracterizada por primera vez en el año de 1969 por el Dr. Berrgard en la Universidad de Upssala, esta molécula posee las siguentes características: tiene un peso molecular de 12000 daltons, es una molécula de cadena simple hidrosoluble, con una secuencia de 99 aminoácidos con una unión disulfúrica y

se le encuentra en los diferentes líquidos biológicos humanos en concentraciones constantes.[8,9,10,11 y 12]

En el estudio de la B2m se ha relacionado con pacientes sometidos a hemodiálisis por periodos prolongados que desarrollan un síndorme de túnel del carpo por depósitos de material amiloide cuyo componente protéico es precisamente la B2m.[13 y 14]

El propósito del presente trabajo es la inquietud existente tanto de clínicos, inmunólogos y patólogos con respecto a la determinación del principal componente protéico en las amiloidosis del tracto aereodigestivo superior.

CASO CLINICO

Paciente del sexo femenino de 36 años de edad, originaria y residente de Ciudad Altamirano, Guerrero, con difonía progresiva de 3 años de evolución. Los hallazgos en la microlaringoscopía directa fueron lesiones de tipo nodular de 5 mm de diámetro en ambas cuerdas bucales ventrículos laríngeos y comisura anterior con un aumento de volumen de la banda ventricular izquierda.

El estudio clínico de la paciente incluyó biometría hemática, pruebas de función renal (depuración de creatinina) y hepática, ECG y telerradiografía de tórax. Los resultados no evidenciaron ninguna alteración.

Se llevaron a cabo biopsias de mucosa labial y grasa abdominal para descartar la forma generalizada de la enfermedad.[15 y 16]

El tratamiento efectuado en la paciente fue la excisión quirúrgica de las lesiones, por microlaringoscopía y el material obtenido se estudio en los departamentos de anatomía patológica y de inmunología.[17]

MATERIAL Y METODOS

Estudio Morfológico:

Se incluyeron bloques de parafina del material obtenido en el procedimiento quirúrgico; efectuándoseles tinciones de Hematoxilina Eosina (H/E) y rojo Congo.[18 y 19]

Estudio Inmunológico:

Se efectuó la determinación de los niveles séricos de la paciente para B2m por medio de la técnica de E.L.I.S.A.

Se determinaron los antígenos de histocompatibilidad clase I y II por el método de Terasaki.[20 y 21]

Se investigaron las subpoblaciones celulares de linfocitos T.[21 y 22] y se llevó a cabo el estudio de inmunofluorescencia en tejido obtenido y conservado por congelación para B2m.[23, 24 y 25]

RESULTADOS

En los cortes con la tinción de H/E se reportó: Tejido con revestimiento de epitelio respiratorio plano estratificado; el estroma subyacente está sustituido totalmente por material eosinófilo homogéneo y solamente en el fragmento de la banda ventricular hay un leve infiltrado inflamatorio de linfocitos.

En la tinción con rojo congo se muestra bajo luz polarizada material congofílico hay zonas verdes birrefringentes; que dá como resultado la positividad para el material amiloide.

La determinación de los niveles séricos de B2m refirió un valor de 13 mg/1, evidenciándose un incremento importante de su concentración sérica normal (1,2 mg/1).

Con respecto a la tipificación de los antígenos de histocompatibilidad se reportó un fenotipo A 2, Ax, B 51, B 40, DR 5; el cual es común y no se encuentra asociado a ninguna enfermedad.

El estudio de las subpoblaciones celulares de linfocitos "T" fue el siguiente:

OKT3 62 (N1 60-80)
OKT4 34 (N1 30-50)
OKT8 30 (N1 13-30)
Relación 4/8 1.13 (N1 1.2 a 2)

Las determinaciones resultaron dentro de un rango de normalidad con desequilibrio mínimo de la relación 4/8 infiriéndo un incremento mínimo de la actividad supresora.

La inmunofluorescencia se realizó con un anticuerpo monoclonal específico contra B2m humana que resultó positiva, lo que no da lugar a dudas de que el componente protéico de este tipo de amiloidosis es una B2m.

COMENTARIOS

Desde Rokitansky hasta nuestros días la amiloidosis es una entidad clínica que mantiene muchas interrogantes respecto a su etiología y patogenia.

La sustancia amiloide tiene una estructura inmunoquímica compleja. Está conformada por fibras rígidas de un diámetro aproximado de 100 As., contando cada una de éstas con subunidades de protrofibillas de 30 a 35 As. de diámetro.[26, 27 y 28]

El estudio de la sucesión de aminoácidos han determinado un componente principal el cual es un fragmento de la cadena Ligera de una inmunoglobulina (L).

También se ha determinado un componente menor (P), que es una alfa 1 globulina semejante a la proteina C Reactiva y un tercer componente hasta ahora descrito es una proteína no relacionada con inmunoglobulinas y de origen desconocido a la cual se le llama proteína A (A).[26, 27, 28 y 29]

En base a lo anterior se creó una

clasificación para la nomenclatura de las amiloidosis:

1) Amiloidosis Familiar: Asociada a la fiebre mediterránea y síndrome cardiovasculares. Su componente protéico se denomina "AP" y "AA".

2) Amiloidosis generalizada: que presenta dos formas primarias y secundarias. La primera no tiene evidencia de enfermedad, se localiza en lengua, intestino, corazón etc.

El tipo químico de fibras de "AL". La secundaria está relacionada a procesos infecciosos crónicos como la tuberculosis, lepra y osteomielitis; o bien a enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide.

Su componente protéico se le denomina "AA". Existe una forma asociada al mieloma múltiple cuyo tipo de fibras es "AL".

3) Amiloidosis localizada; son depósitos de amiloide en órganos aislados sin evidencia de afección sistemática. Su componente protéico no ha sido identificado.

4) Amiloidosis senil: entidad clínica que se presenta con el proceso de envejecimiento su componente protéico se denomina "AS".[30,31,32,33,34,35 y 36]

La B2m despertó un gran interés en el campo de la inmunología ya que está presente en casi todas las células humanas unidas a la membrana formando parte de diversos receptores, en los que destacan los antígenos de histocompatibilidad de Case I. [37]

Se han logrado deducir algunas funciones de la B2m en relación al aparato inmune y éstas se correlacionan con una función inmunoprotectora.[38, 39,40, 41,42,43 y 44]

En la clínica la determinación de los niveles séricos y/o urinarios de la B2m, es actualmente una arma útil para diagnósticos y/o pronóstico en algunas entidades patológicas[10,11,12, 37 y 38] tales como: padecimientos tubulares renales [36 y 45]; para la evaluación de la edad y madurez gestacional [10 y 46] en rechazo a transplantes[47, 48 y 49]; en enfermedades inflamatorias de estómago, hígado o páncreas[50 y 51]; en enfermedades con trastornos de la inmunorregulación como el lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide [52,53,54,55 y 56] y en enfermedades infecciosas como SIDA y tuberculosis pulmonar. [57 y 58]

El precursor protéico en las amiloides se ha identificado en la mayor parte de éstas como fragmento de la cadena ligera de inmunoglobulinas o bien relacionado a un compuesto protéico producto de la digestión proteolítica. [26, 27,28 y 29] En el caso de las amiloidosis localizadas no ha sido descrito con anterioridad ningún precursor o componente protéico que la conforme, únicamente el fonómeno descrito en paciente sometido a hemodiálisis que desarrollan un síndrome del túnel del carpo por depósitos de amiloide y que está conformado por una B2m.[13 y 14]

El estudio clínico que debe realizarse en paciente con el diagnóstico de amiloidosis del tracto aereodigestivo debe ser encaminado a descartar enfermedades sistemáticas como tuberculosis, sífiles, lepra, lupus eritematoso sistemático, etc. [30 y 36] Así mismo valora la función cardiaca y renal, la primera por medio de ECG y ecocardiograma y la segunda por medio de la depuración de creatinina.

El mejor método de diagnóstico para establecer el compromiso sistémico de la enfermedad es la biopsia de grasa abdominal teñida con rojo congo y examinada bajo luz polarizada, la ausencia de amiloide es una fuerte evidencia para descartar el compromiso sistémico. [15 y 16]

La amiloidosis laríngea puede presentarse con las siguientes manifestaciones 1) disfonía progresiva, hemoptisis o sangrado del tracto aereodigestivo superior o bien síndrome oclusivo del tracto respiratorio y/o digestivo superior.[17] La morfología de las lesiones pueden ser en dos formas clínicas esenciales a manera de tumor o bien un aumento de las estructuras por infiltración del material amiloide.[6 y 7]

CONCLUSIONES

Se comprobó la presencia de material amiloide en las lesiones que presentaba la paciente del caso reportado, y se verificó que se trataba de una amiloidosis localizada y primaria.

Se observó un incremento de la Beta 2 microglobulina sérica de hasta 6 veces más de su valor normal.

Se comprobó la presencia de B2m como componente principal del material amiloide en este tipo de proteinosis, este hecho es de relevante importancia ya que hasta el momento se desconocía su componente protéico principal; abriendo una puerta al campo de la investigación para trabajos posteriores en relación a la B2m asociada a esta entidad clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- *Glenner G:* Amyloid Deposits and Amyloidosis: The Beta Fibrilloses I. N. Engl J Med 1980, *302:* 1283-1292.

2.- *Rokitansky CL.* Handbuch der. Speciellen Pathologischen Anatomic Vol. 2 Viena. Braumuller und Seidel, 1842:311

3.- *Virchow RLK.* Cellular pathology

based upon physiological and pathological history. New York Robert de Witt 1860:409=437

4.- *Burow A.* Amyloide degeneration von Laryntumoren canüle sieben Jahre langen getragen. Arch Klin Chir 1875 *18*:242

5.- *McAlpine JC, Fuller AP.:* Localized laryngeal amyloidosis a report of a case with review of the literature. J laryngol otol 1964: *78*:296-314

6.- *Vilar P.:* Amiloidosis Laríngea (I) anales Soc Mex Otorrinolar. 1979 *24*:73-74

7.- *Vilar P.:* Amiloidosis Laríngea (II). Anales Soc Mex Otorrinolar. 1980 *25*:93-97

8.- *Bergard I, Bearn AG.:* Isolation and properties of a low molecular weight B2-globulin ocurring in biological fluids. J Biol Chem 1968 *243*:4095

9.- *Evrin PE, Paterson PA, Wyde L, Bergard I.:* Radio Immunossay of B2-microglobulin in human biological fluids. Scand J Clin Lab Imvest. 1971, *28*:463

10.- *Jonassom LE, Evrin PE, Wibell L.:* Content of B2 microglobulin and albumin in human amniotic fluid: A study of normal pregnancies and pregnancies complicated by hemolytc deseas. Acta Obstet Gynecol Scand. 1974; *53*:49

11.- *Vladutiv A0.:* B2 microglobulin in pleural fluids. N Engl J Med *293*:1228 1975

12.- *Colle AJ, Gunet R, Leciercq M, Maneu Y.:* Occurrence of B2-microglobulin and post-gama globulin in human semen.

13.- *Casey TT,Stone WJ, Diraimondo CR, Brantley BP, Diraimondo CV, Gorevic Pd, Page DL.:* Tumoral amyloidosis of bone of B2 microglobulin origin in association with long term hemodialysis a new type of amyloid disease. Hum Pathol *17*: 731, 1986

14.- *Shirahma T, Skiner M, Cohen A, Gejyo F, Arakawa M, Suzuki M, Hirosawa Y.:* Histochemical and immunohistchemical characterization of amyloid associated with chronic haemodialysis as B2-microglobulin. Lab Imvest *53*: 705, 1985

15.- *Westermark P, Stenkvist B.:* A New method for the diagnosis of systemic amyloidosis, Arch Inter Med 1973, *182*:522-3

16.- *Libbey CA, Skinner M, Cohen AS.:* Abdominal fat aspirate for diagnosis of amyloidosis (abstracted) Clin Res 1981 *29*:159

17.- *Finnlas GD, Farmed, JC.:* Management of amyloidosis of laryx and trachea. Arch Otolaryngol *108*:54,1982

18.- *Simpson GT, Strong MS, Skinner M, Cohen AS.:* Localinzed amylloidosis of the head and upper aerodigestive and lower respiratory tracs. Ann Otolaryn Rhino *93*: 374-379, 1984

19.- *Holinger PH, Johnston KC.:* Delgado A. Amyloid Tumors of the larynx and traches. Arch Otolaryngol *70*:555-56 1959

20.- Joint Reportf the Fourth International Histocompatibility wokshop, Terasaki PI (ed); Histocompatibility testing 1970 Copenhagen, Munksgaard, 1970

21.- *Ferrone S, Ting A, Pellergrino MA*, et al.: Utilization of cultured human lymphoid cell for detection of humoral sensitization in prospective recipients of Kiney transplantas. J Clin Invest *55*:388, 1975

22.- *Rose NR, Friedman H.:* Manual of clinical inmunology. Washington DC, American Society for microbiology, 1976

23.- *Knapp W, Holubar K, Wich G (eds).:* Inmunofluorescence and related stauning techniques. New York, American Elsevier, 1978

24.- *Cherry WB.:* Immunofluorescence technicques, Manual of clincal microbiology, Washington DC. American Society for Microbiology, 1974

25.- *Mitrani M, Biller H.:* Laryngeal amyloidosis. Laringoscope 1985 *95*:1346

26.- *Cornwell GG. Husby G, Westermark P, Natvig JB, Michaelsen TE, Skogen B.:* Indentification and characterization of different amyloid fibril proteins in tissue sections. Scand J Immunol 1977 *6*: 1071 - 1080

27.- *Gallo GR, Freinr Hd, Chuba JV, Beneck D, Marion P, Cohen DH:* Charactterization of tissue amyloid by immunofluorescence microscopy. Clin Immunol Immunopathol 1986, *39*:479-490

28.- *O. Husby G, Sletten K.:* Chemical and clinical classification of amyloidosi. 1985 Scand J Immunol 1986, *23*:253-265

29.- *Glenner GG et al.:* Amyloid fibril proteinsa; Proof of homology immonoglobulin ligt chains. Science 1971; 1972:1150

30.- *Zemer D Pras M, Schar E, Modan M, Cabili S, Gafni J.:* Colchieine in the prevention and treatment of the amyloidosis of familial mediterranean fever. N Engl J Med 1986, *314*: 1001-1005

31.- *Cohen AS, Calkins E.:* Electron microscopic observations on a fibrous component in amyloid of diverse origins. Nature 1959; *183*: 1202-1203

32.- *Ghandur-Mnaymneh L.* Refections of a pathologist: throughts on the pathological classification of amyloidosis Leb Med J *52*:141-147 1971

33.- *Cohen AS.:* An update of clinical, pathological and biochemical aspects of amyloidosis. Int J Dermatol 1981, *20*:515-530

34.- *Pras M, Zaretzky J, Frangione B, Franklin EC.:* AA protein in a case of "primary" or "idiopathic" amyloidosis. Am J Med 1980, *68*:291-294

35.- *Benditt EP. Cohen AS, Costa PP. et al.:* Guidelines for nomenclature. In: Glenner GG, Costa PP, Frietas AF, eds. Amyloid and Amyloidosis. Amsterdam: Excerpta Medica, 1980; xi-xii

36.- *Picken MM, Pelton K, Frangione B, Gallo G.:* Primary Amyloidosis A. Immunohistochemical and biochemical Characterization. Am J Pathol 1987: *129*:536-542

37.- P*aterson PA, Cunningam BA, Bergard I, Edelman GM.:* B2-Microglobulin domain. Prox Natl Acad Sci USA *69*:1697. 1972

38.- *Torpier G, Capron A, Graissi MA.:* Receptor for IgG (Fc) and human B2-microglobulin on S. Masoni Schistosomula. Nature *278*:447,1979

39.- *Kronvall G, Myhre EB, Bjorck L, Bergard I.:* Binding og agregated human B2-microglobulin to surface protein structure in grups A, C and G streptococci. In fect Immun *22*136, 1978

40.- *Chanwl G, Dutra IS, Blobel H.:* Specific bining sites for nonomery and aggregated B2 microglobulin on surface of grups A,B,C, and G Streptococci. Microbiol Immunol *30*:155, 1986

41.- *Timar JK, Nagy D, Robertson P, Clapaa M, Weiss RA.* Ultraestructure and immunolectron microscopy of human T cell leukemia virus type I producing limphoid an non-lymphoid tumor cell. J Gen Virol *68*:1011,1987.

42.- *Grundy JE, Mc Keating JA, Ward PJ, Sanderson AR, Griffiths PD.:* B2-microglobulin enhances the infectivity of cytomegalovirus and when boond to the virus enables class I HLA molecules to be used as a virus receptor J Gen Virol *68*:793,1987.

43.- *Mc Keating JA, Griffths PD, Grundy JE.:* Cytomegolovirus in urine epecimens hans host B2-microglobulin bound to the viral envelop: A mechanism of evading the host immune response. J Gen Virol *68*:785, 1987

44.- *Grundy JE, Mc Keating JA, Griffiths PD.:* Cytomegalovirus strain AD 169 Bind B2 Microblobulin in vitro after relase fron cells J Gen Virol, *68*:777, 1987

45.- *Peterson PA, Gyrin PE, Bergard I.* Differntiation of glomerular tubular and normal proteinuria: Determination of urinary excretio of B2-microglobulin, albumin and total proteins J clin Imvest *48:* 1189, 1969

46.- *Hall PW, JF.:* Amnictic Fluid B2-Microglobulin concentration and index of gestational age. Am J Obs tet *120*:56 1974

47.- *Cejka J, Kithier K.:* Isolation and caractherization of B microglobulin fron urine of kidney transplantation and multiple myelo patients. Arch Biochem Biophys 153:854 1972

48.- *Konig P, Splelberger M.:* Kathere H, Maagreiter R. B2 microglobulin: a Prognostic parameter for

graff survival affter renal transplantation. Immunobiology *173*:56, 1986

49.- *Nagachi Y, Hobbs KE, Thomas HC, Shever PJ.:* Expression of B2-microglobulin on hepatocytes affter liver transplatation. Lancet 1 (8428) 552, 1985.

50.- *Manicourt D, Brauman H, Ooloff S.:* Plas an Urinary B2 microglobulin in patiens with rheumatoid arthritis. Ann Rheun Dis *37*:328, 1978

51.- *Evrin P.E. Strum T.* B2microglobulin and bindin a activity in serum from patiens with SLE. Ann Rheum Dis *43*:267, 1984.

52.- *Sjöblom, KJ, Saxne T, Wollheim FA.:* Plasma levels of B2 microglobulin in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis *39*: 333, 1980

53.- *Michalski J, Daniels T, Talai N, Grey HM.:* B2-microglobulin and lymphocytic infiltration in Sjugrens syndrom N Engl J med *293*:1228, 1975.

54.- *Mornes JF, Revillard JP, Vincent C, Petrex P, Brune J.:* Elevated se-rum B2-microglobulin levels and complemen C-Ig binding inmune complex in sarcoidosis. Biomed Express *31*:210, 1979.

55.- *Piesner T, Willk A.:* Demostration of electrophoretic heterogeity of serum B2-microglobulin in systemic Lupus Erythematosus and rheumatoid arthritis: Evidence against auto-antibodies to B2-microglobulin. Scand J Immunol *9*:247, 1979.

56.- Falus A, Meretey K, Glikmanng S, Fabian F, Rohn S, Bozsoky S. B2-microglobulin containing im a munoglobulin G complex in sera and synovial fluids of rheumatoid arthritis and SLE patients. Scand J Immunol *13*:25, 1981.

57.- *Zolla PS, William D, El-sadar W, Marmur M, Stahl R.:* Quantitation of B2-microglobulin and other immune characteristics in prospective study of men at risk for AIDS. JAMA *251*: 2951, 1984.

58.- *Terán L, Selman M, Montes R, Escalante R, Rubio H.:* Serum levels of B2-microglobulin in patients with pulmonary tuberculosis. Med Sci Res *15*: 613, 1987.

El Abordaje Trans-Septal Trans-Esfenoidal de la Hipófisis vía Maxila Pre-Maxila

* Dr. José Angel GUTIERREZ MARCOS
* Dr. Enrique AZUARA PLIEGO
* Dr. Guillermo AVENDAÑO MORENO
** Dr. Ernesto MARTINEZ DUHART
*** Dr. José Alberto MAÑE

Resumen: El abordaje trans-septal trans-esfenoidal de la hipófisis, fue descrito desde principios de siglos por vía sub-labial, teniendo la necesidad de practicar una incisión intra-oral y en ocaciones apoyarse con otra intra-nasal.

Se presenta la experiencia de 14 meses en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, en cuanto a la resección de tumores hipofisiarios por la vía maxila pre-maxila exclusivamente, sin necesidad de llevar a cabo el abordaje sub-labial, enunciando las ventajas que ello representa, haciéndose énfasis en la necesidad del apoyo tecnológico y de la interrelación de especialidades como son la otorrinolaringología y la neurocirugía.

Summary.- The authors present their fourteen months experience in the trans-septal approach to the hypophysis without a sublabial incision. The authors emphasize the relation of the otolaryngologist and the neurosurgeon, as well as the technologic background to accomplish the success of this surgery.

Palabras Clave: Septoplastía, Lipofisis, Trans-esfenoidal, vía maxila- premaxila

* Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE.
** Servicio de Neurocirugía del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE
*** Médico residente del 2o año de Otorrinolaringología.
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE.

INTRODUCCION

En las últimas décadas, se ha revivido el interés en el abordaje trans-septal trans-esfenoidal para la resección de adenomas hipofisiarios, gracias al advenimiento de los estudios contrastados, al uso del intensificador de imágenes y del microscopio quirúrgico.

Desde 1893, Caton y Paul llevaron a cabo por primera ocasión el abordaje intracraneal de la hipófisis por vía transfrontal, convirtiéndose en los pioneros de este tipo de cirugía. En 1906, Schloffer, describió el abordaje quirúrgico extra-craneal por la ruta nasal superior, que consistía en efectuar una rinotomía lateral izquierda, para posteriormente resecar el séptum y los cornetes y tener de esta forma acceso al esfenoide y a la hipófisis. [1, 2]

En 1909, Kanvel propuso el abordaje intra-nasal para la silla turca mediante la realización de una incisión a lo largo de la base de la nariz, exponiendo la espina nasal. Tanto esta técnica como la descrita anteriormente tenían el incoveniente de provocar compromiso importante en la función y la estética nasal.[3] En ese mismo año, Kocher realiza el abordaje trans-esfenoidal por vía submucosa nasal por medio de la cual Killian se basaría para el desarrollo de su conocido procedimiento quirúrgico en la resección de las desviaciones septales.[4] Con esta nueva técnica submucosa nasal, en 1910, Harvey Cushing describió el abordaje trans-esfenoidal por la incisión sub-labial para poder resecar el séptum y permitir así una ruta trans-nasal media hacia el esfenoide y la glándula hipófisis.

Coincidiendo con él, Hirsch describió una técnica similar que los llevó a la publicación de numerosas series de resecciones tumorales realizadas por

ambos, para convertirse así durante las tres primeras décadas del presente siglo en el método de elección para tratar a los adenomas hipofisiarios.

Henderson en el año de 1938, analiza y publica una crítica a la serie de adenomas cromófobos tratados por Cushing, encontrando que 159 se resolvieron con el abordaje trans-esfenoidal y 88 con el trans-frontal o sub-frontal. Los pacientes operados por la vía trans-frontal, tuvieron una tasa de recidivas a los 5 años mucho más baja (13%) que los operados por vía trans-esfenoidal (35%).

Como consecuencia de la publicación de este trabajo, los tumores hipofisiarios se comenzaron a extirpar por vía trans-frontal sistemáticamente en la mayoría de los centros de Europa[5,6] sin embargo, la vía trans-esfenoidal no se abandonó en Estados Unidos y Hirsch, que inmigró a este país en 1937, continuó practicándola, reportando en 1952, 425 casos intervenidos.

En ese año de 1960, Gerald Guiot fue el primero en indicar la eficiencia y benignidad de la vía trans-esfenoidal, mejorándola al introducir el intensificador de imágenes en 1969 junto con Jules Hardy de Montreal, describiendo el concepto de la recepción selectiva de microadenomas hipofisiarios por vía trans-esfenoidal y reportando 434 casos en el periodo de 1962 a 1972. Guiot tiene un crédito también de haber introducido el uso del control radiofluoroscópico y el microscopio. Con el avance de la tecnología, han llegado otras novedades como son el uso de la cisternoneumografía dinámica televisada y el rayo láser, para lograr un procedimiento quirúrgico más refinado y con mejores resultados [7, 8]

PRESENTACION DE CASOS

Desde diciembre de 1986, los servicios de Otorrinolaringología y Neurocirugía del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, han venido trabajando en equipo para la resección de adenomas hipofisiarios con la técnica de abordaje trans-septal trans-esfenoidal por vía maxila premaxila.

Se intervinieron en este periodo 14 pacientes (cuadro 1), 10 del sexo femenino y 4 del masculino, con edades comprendidas entre los 29 y los 58 años, siendo el promedio de 39. A cada uno de los pacientes se le efectuó historia clínica completa resaltando en el cuadro clínico (cuadro 2), la cefalea frontal, disminución del campo visual en 6 de los casos, galactorrea en 4, síndrome de Cushing en 3 de ellos y en 2 acromegalia. Cada uno de los pacientes fue valorado por el servicio de Endocrinología, donde se les efectuó medición de nivel hormonal sanguíneo. También fueron consultados por el servicio de Oftalmología que les realizó estudios de campimetría.

A todos los pacientes se les efectuó tomografía axial computarizada, destacando, en todos ellos el crecimiento tumoral de la silla turca que se clasificó según su extensión mediante la escala de Hardy-Vezzina (cuadro 3).

Fueron valorados por el servicio de ORL, descartando sintomatología rinosinusal y antecedentes de cirugía nasal previa. A los pacientes mayores de 40

CUADRO 1

TOTAL DE PACIENTES

FEMENINO	EDAD	MASCULINO	EDAD
10	29-58 años	4	30-41 años

PROMEDIO DE EDAD - - - - - - - - - - - - - - - 39 años

CUADRO 2

CUADRO CLINICO

CEFALEA FRONTAL	14 CASOS	100%
DISMINUCION DEL CAMPO VISUAL	6 CASOS	42%
GALACTORREA	4 CASOS	28%
SINDROME DE CUSHING	3 CASOS	21%
ACROMEGALIA	2 CASOS	14%

CUADRO 3

CLASIFICACION DE TUMORES SEGUN ESCALA HARDY-VEZZINA

GRADO I I I B	2 CASOS
GRADO I I I A	2 CASOS
GRADO I I	4 CASOS
GRADO I	6 CASOS

años de edad, se les practicó electrocardiograma, tele-radiografía de tórax y valorización por Medicina Interna.

TECNICA QUIRURGICA

A todos los pacientes se les intervino quirúrgicamente efectuando abordaje trans-septal trans-esfenoidal por vía maxila pre-maxila, formando equipo los servicios de ORL y Neurocirugía, bajo la siguiente técnica: previa anestesia general y técnica estéril se procedió a infiltral la mucosa nasal con Xilocaína al 2% con Epinefrina, así como colocación de aplicadores con adrenalina y xilocaina al 10% spray. A continuación se efectuó hemi-transfixión derecha, y elaboración de túneles según la técnica de Cottle con disección subpericóndrica y sub-periótica; se identificaron tanto el vómer como la lámina perpendicular del etmoides previa disección del piso y la premaxila. El cartílago septal, la lámina perpendicular del etmoides y el vómer se removieron cuando presentaron patología y si no, fueron únicamente luxados.

Posteriormente con el disector se señaló el rostrum del esfenoide utilizado en éste momento el intensificador de imágenes para corroborar la ubicación exacta en el seno esfenoidal; a partir de entonces se colocó el espéculo nasal de Hardy y el microscopio quirúrgico para efectuar la apertura del seno esfenoidal con un cincel de 2mm. Una vez identificado plenamente se disecó la mucosa, dejando expuesto en el campo quirúrgico la pared formada por la silla turca.

Posteriormente el neuro-cirujano eliminó la lámina ósea de ésta zona cortando la dura en forma de cruz.

Los tumores intraselares pequeños, se resecaron con una micro-adenomectomía anterior, procurando dejar intacta la hipófisis normal, los tumores con prolongaciones, suprasellares, se eliminaron cureteando y aspirando, siendo este procedimiento monitoriado con el intensificador de imágenes. En el caso diagnosticado como quiste coloide de la bolsa de Rathke, se utilizó el rayo láser para su resección.

Por último, se rellenó el seno esfenoidal con grasa y se sella con hueso septal, procediéndose a la aplicación del taponamiento nasal y la reposición de fragmentos óseos y cartilaginosos así como la sutura de la hemi-transfixión y la colocación del vendaje nasal externo.

RESULTADOS

A todos los tumores que fueron resecados, se les efectuó estudio histopatológico (cuadro 4), el cual reportó 6 casos de micro-adenoma (42%), 4 casos de prolactinomas (28%), 3 tumores mixtos (21%) y un quiste coloide de la bolsa de Rathke.

Los pacientes permanecieron un promedio de 8 días hospitalizados, presentándose en 1 de ellos, fístula de líquido cefalo-raquídeo como aplicación inmediata, la cual cerró espontáneamente. Otra paciente a los 3 meses de post-operada desarrolló una diabetes insípida. Ninguno de ellos presentó complicaciones rinológicoas ya sea funcionales o estéticas.

DISCUSION

El abordaje trans-septal trans-esfenoidal vía maxila pre-maxila, ofrece la ventaja de ser extra-craneal y por lo tanto, no hay necesidad de manipular intracraneales, presentando un acceso rápido a la silla turca y sin dejar cicatrices visibles, contando por todo ello con una baja morbi-mortalidad. La vía maxila pre-maxila ofrece ventajas sobre la vía sub-labial como las siguientes:

1. Permite un cierre sencillo con la simple sutura de la hemi-transfixión, dejando intactas las capas de mucosa para implantes entra-nasales y evitando la atrofia de la misma
2. Brida la oportunidad de reconstruir completamente al séptum óseo.
3. Hace factible la ejecución de operaciones septales secundarias.
4. Disminuye en forma importante las complicaciones en la función y estética nasal.
5. Evita la parestesia del labio superior que provoca el abordaje sublabial.

CUADRO 4

DIAGNOSTICO		
MICROADENOMA CROMOFOBO	6 CASOS	42%
PROLACTINOMA	4 CASOS	28%
ADENOMA MIXTO	3 CASOS	21%
QUISTE COLOIDE DE LA BOLSA DE RATHKE	1 CASO	7%

Como todo procedimiento quirúrgico presenta desventajas, ya que está indicado únicamente en determinados tumores hipofisiarios dependiendo de su crecimiento o expansión. En los pacientes con narinas pequeñas se reduce el campo quirúrgico, lo cual se resuelve extendiendo la hemi-transfixión hacia un corte vestíbulo - alar.

Por otra parte, el trabajo en equipo de dos especialidades como son neurocirugía y ORL, permite aprovechar al máximo la experiencia de cada uno de ellos y disminuye el número de complicaciones teniendo como consecuencia el beneficio integral del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. *Donald T.J., Laws J.R.:* Historical aspects in the management of pituitary disorders, With emphasis on transs- phenoidal surgery. Excerpta Medica International Congress, Surgery of the hipophisis. Cap. I pp. 17-21

2. *Kennedy D.W., Conh E. S.:* Transs-phenoidal approach to the sella: The John Hopkins experience. Laryngoscope, 94; august 1984, pp. 1066-1081

3. *Ischebeck W., Lange G.:* Transseptal surgery of the sellar region fro the neurosurgical viepoint. Neurosurgery, 32; march 1984, pp. 99-100

4. Hardy J.: Transsphenoidal aspects of the management of pituitary tumors. Excerpta Medica International Congress, Surgery of the Hipophisis. Cap. 14 pp 512-523

5. *Angell-James J.:* Briant T., Transsphenoidal hipophisectomy. Otolaringol. Soc., 18; 1964 pp. 159-162

6. *Lee K. J.:* The sublabial transseptal transsphenoidal aproach to the hipophisis. Laryngoscope, 89: juluy 1978 pp. 82-85

7. *Guiot G.:* Transsphenoidal approach in surgical treatment of pituitary adenomas. Excerpta Medica International Congress, Surgery of the Hipophisis. Cap. 17 pp. 713-718

8. *Hardy J.:* Transsphenoidal operation surgical microscope. Técnicas neuroquirúrgicas, No. 9. Goodman.

CASOS CLINICOS

Hemangiopericitoma. Reporte de un caso de localización naso-sinusal

Dra. Amelia Margarita ACOSTA DOMINGUEZ*
Dr. Héctor DE LA GARZA HESLES**
Dra. Alejandra ZARATE OSORNO***
Dr. Juan Felipe SANCHEZ MARLE****

Resumen: Se presenta un caso clínico patológico de hemangiopericitoma de localización naso-sinusal con revisión bibliográfica y tratamiento quirúrgico.

Summary.- We present a clinic and pathological case of a nasosinusal hemangioperycitome with revision of the bibliography and surgical treatment.

Palabras Claves: Hemangiopericitoma, tumor naso-sinusal, polipas.

INTRODUCCION

El hemangioperitoma es una neoplasia vascular muy rara, descrita en 1942 por Stout y Murray.[1,2,3] Se origina de los pericitos de Zimmerman, células que normalmente rodean los capilares, cuyos organelos están muy bien diferenciados y cuya función es de sostén. [4,5] Se pueden localizar en cualquier parte del organismo, siendo los sitios de presentación, en orden de frecuencia, el sistema músculo esquelético, la piel, intra- abdominal es en el mediastino, el pulmón, la orbita, los senos paranasales, fosa nasal y el sistema nervioso central [3]

En los senos paranasales y la nariz crece por contiguidad, sin destrucción ósea, presentando recurrencias en 33% de los casos tratados y en el 50% aparecen metástasis.[4, 3]

Se presenta en ambos sexos, predominando entre la 6a y la 7a década de la vida. Se observa como una masa polipoidea obstructiva intranasal uni o bilateral, semejándo a los pólipos de etrología alérgica y se asocia a epistaxis recurrente severas [1] Microscópicamente se presenta un patrón vascular de variable calibre muy ramificado, rodeado por células endoteliales y fibras reticulares. Entre los capilares hay células en huso o pericitos con núcleo y citoplasma homogéneo. No hay actividad mitótica ni necrosis ni hemorragia, la imagen observada semeja a los cuernos de reno. [1, 4, 5]

REPORTE DE UN CASO

Se presenta el caso de una paciente de 68 años, diabética controlada, con obstrucción nasal por una masa polipoidea unilateral y epistaxis recurrente severa, a quien en 1984 se le efectúa una polipectomía bilateral intranasal, dos años después por recurrencia de los síntomas se practica una esfenoetmoidectomía transantral derecha y transnasal bilateral; en ambas cirugías el reporte histológicos es de un pólipo mixoide. La paciente evoluciona asintomática hasta mayo de 1987, cuando presenta epistaxis anterior intensa, de fosa nasal derecha. La exploración física revela sangrado de fosa nasal derecha proveniente del techo, con ausencia de cornete medio derecho y masa polipoidea blanquecina derecha. Se coloca taponamiento anterior bilateral y se hospitaliza para su tratamiento quirúrgico.

En la tomografía computada de se-

* Residente tercer año Hospital Español
** Centro Otorrinolaringológico integral.
*** Patóloga Hospital Central Militar.
**** Jefe de servicio de Otorrinolaringología Hospital Central Militar.

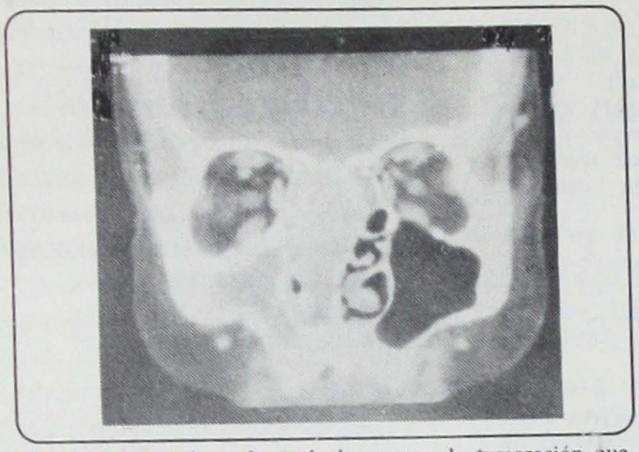


Fig. 2 Corte axial: en la cual observamos la tumoración que ocupa etmoides, esfenoides y sobrepasa la línea media rechazando el séptum nasal.

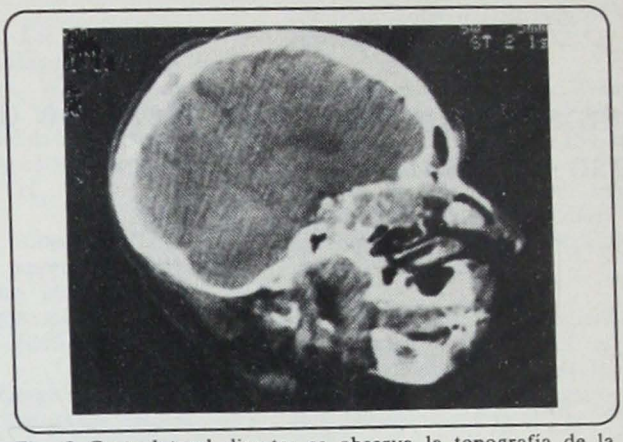


Fig. 3 Corte lateral directo: se observa la topografía de la lesión, nótese la pérdida de la arquitectura normal esfenoetmoidal y la solución de continuidad que comunica la lesión con la fosa cerebral media.

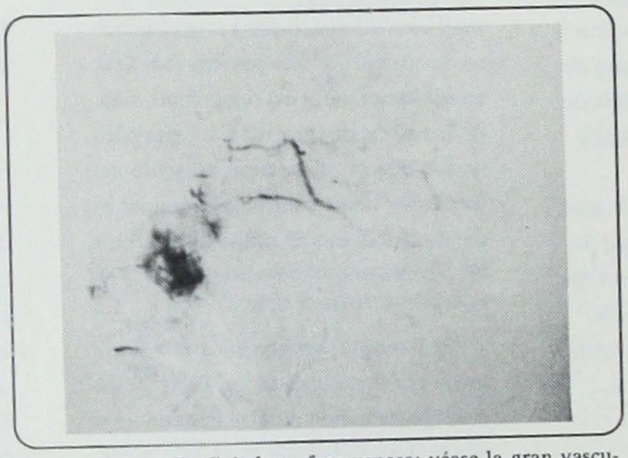


Fig. 4 Arteriografía digital en fase venosa: véase la gran vascularidad de la lesión y ramos meningohipofisiarios de la carótida interna que contribuyen a la irrigación de la neoplasia.

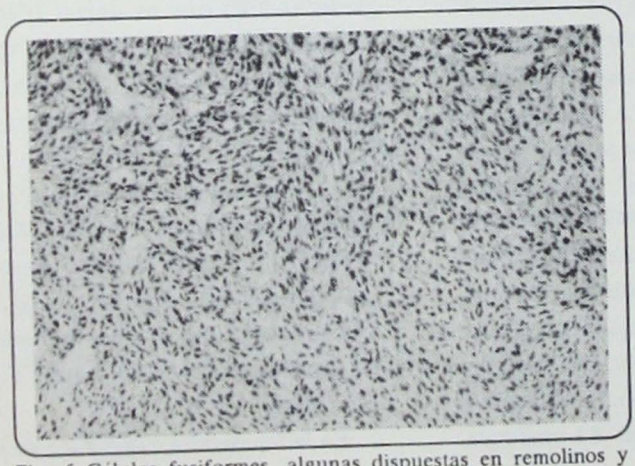


Fig. 5 Células fusiformes, algunas dispuestas en remolinos y formando estructuras vasculares grandes y pequeñas, con aspecto de hendiduras.

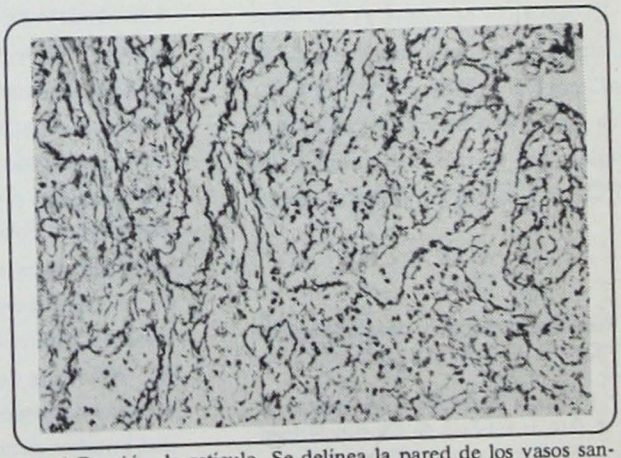


Fig. 6 Función de retículo. Se delinea la pared de los vasos sanguíneos y hay múltiples vasos de pequeño y gran calibre, semejando cuernos de reno.

nos paranasales observamos una masa que toma el medio de contraste en forma importante que ocupa los senos etmoides, esfenoides y tercio posterior de la cavidad nasal. (Fig. 1,2,3)

En la arteriografía de sustracción (Fig. 4) observamos una masa muy vascularizada irrigada por ramas de la carótida externa e interna en forma bilateral.

Debido a la vascularidad del tumor, 24 horas antes de la cirugía bajo control angiográfico, se efectúa embolización de ambas maxilares internas con gelfoam. La cirugía se realiza utilizando un abordaje sublabial ampliado encontrando una masa polipoidea blanquecina de 4 x 3 cm aproximadamente, que ocupa el techo nasal, etmoides y esfenoides, se reseca en su totalidad junto con la mucosa de placa cribiforme y se reconstruye mediante un colgajo de séptum nasal. El reporte transoperatorio y post-operatorio es de un Hemangiopericitoma (Fig.5y 6), histológicamente se observa una neoplastía de origen mesenquimatoso con formación de numerosos canales vasculares de pared delgada, revestidos por células endoteliales aplanadas, separados por mantos sólidos de células polihédricas, algunas estrelladas, cuyos núcleos son redondeados sin pleomorfismo.

DISCUSION

Ante un cuadro clínico de obstrucción nasal, epistaxis y presencia de una tumoración, debemos sospechar una neoplasia de posible origen vascular a pesar de su baja frecuencia y tomando en cuenta que no todas las masas intranasales son pólipos benignos. Para el correcto diagnóstico y tratamiento de estos problemas es necesario que se realicen estudios de tomografía computarizada con y sin medio de contraste para delimitar con más precisión la lesión y en caso de ser hipercaptante proceder a una arteriografía para conocer su patrón de irrigación y poder tomar como medida precautoria la embolización preoperatoria para el control del sangrado transoperatorio, lo cual facilita su resección. El tratamiento quirúrgico por las características del hemangiopericitoma de ser vascularizado, agresivo y recidivante debe ser radical por lo que se debe tener una buena visualización del tumor. Se debe realizar estudio transoperatorio y confirmación del mismo con cortes y tinciones especiales como son el ácido tricrómico de Masson, ácido PAS, tinción de reticulina[5], para establecer el diagnóstico tomando en cuenta la posibilidad de metástasis y malignización.[4, 5]

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras neoplasias vasculares raras que se presntan en pacientes de edad avanzada, entre los que se encuentran el angioblastoma maligno, hemangioendotelioma, schwanoma maligno, leiomioma vascular estesioneu- blastoma, paraganglioma, sarcoma embrionario, angiofibrama en jóvenes[1,2,3,4]

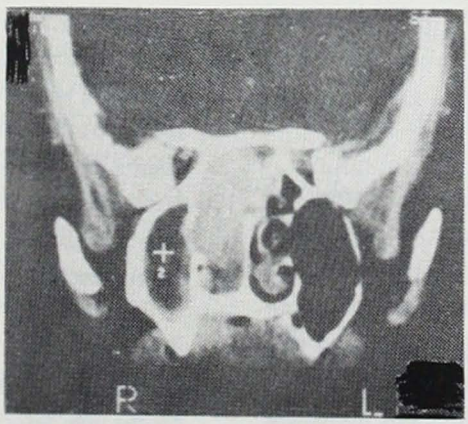


Fig. 1 Tomografía computada, corte coronal: en la cual observamos la gran masa vascularizada que ocupa prácticamente todo el etmoides y tercio posterior de la cavidad nasal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- *Friedman I y Osborn D.A.:* Pathology of granulomas and neoplasm of the nose and paranasal sinusses. Churcill Livingstone. Edinburg, London, Melbourne and New York. 1982, capítulo 18, pág. 209.

2.- *Campagno y cols.:* Hemangioperycitoma-like intranasal tumors. A Clinico pathologic study of 23 cases. Am J. Clin Pathol, 1976 , 66,672-683

3.- *Backwinkwl y cols.:* Hemangioperycitoma. Report of a case and comprehensive review of the literature. Cancer 1970, *25.:* 896-901

4.- *Battifora.* Hemangioperycitome. Ultrastructural study of five cases Cancer 1973, *31.:* 1418-1432

5.- *Enzinger F.M. y Wiss S.W.:* Soft tissue tumors. The C.V. Mosby Company. St. Louis, Toronto, London 1983. capítulo 19, pág. 463-481

Fistula Perilinfática Espontánea de la Crus Común. Reporte de un caso

Dr. Bernardo GROBEISEN*
Dr. Fernando COUTO***
Dr. Enrique KLERIGA**
Dr. Andrés GANTOUS*
Dr. Gustavo SUCHOWITZKY*
Dr. Francisco CUEVAS**

Resumen: Los ataques de vértigo han sido atribuidos a numerosas entidades patológicas entre las que se encuentran las fístulas perilinfáticas. Estas se originan en las ventanas oval y redondas, y en el canal semi-circular lateral. En nuestra revisión de la literatura mundial, no encontramos ningún reporte de fístulas del laberinto posterior hacia la fosa craneana posterior. Presentamos un caso de vértigo secundario a la formación de fistula de la Crus común.

* División de Otorrinolaringología. The American British Cowdray Hospital, México, D.F.

** División de Neurocirugía. The American British Cowdray Hospital, México, D.F.

*** Departamento de Radiología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, D.F.

"TRABAJO PRESENTADO EN EL XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO. ACAPULCO, GRO."

Summary.- Vertiginous attacks have been attribuited to numerous pathological entities, among these, perilimphatic fistulas have been well documented by many oval windows, and the lateral semicircular canal. In our revisión of the literature, we could not find any repots of symptomatic fistulas of the posterior laberynth into the posterior cranial fossa. We present a case of vertigo secondary to fistula formation of the common crus.

Palabras claves: Fístula perilinfática, laberinto posterior, crus común, vértigo.

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 32 años, que presenta desde hace un año, ataques recurrentes de vértigo, vómito e hipoacusia izquierda, que duran entre tres a cinco horas. Fue diagnosticado en otro hospital como enfermedad de Meniére y fue tratada con difenidol, acetozolamida y potasio, sin notar mejoría.

Al examen físico encontramos retracción de la membrana timpánica izquierda con marcada timpanoesclerosis bilateral. La prueba de fístula fue negativa con presión digital del cuello izquierdo, el paciente manifestaba aumento en la intensidad del vértigo. No había soplos en el cuello.

El audiograma, demostró una sordera mixta mínima en las frecuencias bajas y severas a 4.000 y 8,000 Hz., en el oído izquierdo.

La electronistamografía tuvo paresia canalicular izquierda y en la tomografía computarizada se observa la vena yugular izquierda grande, y proyectada en la porción posterior e inferior del hueso petroso con erosión de la crus común angiografía digital mostró asimetría de los golfos de la yugular con una deformación del domo del golfo sin evidencia de tumor glómico.

El paciente fue explorado quirurgicamente a través de una mastoidectomía y craneotomía retromastoidea. Se encontró una deformación vascular del golfo de la yugular que erosionaba el

hueso de la crus común y se podía observar la salida del líquido cristalino del sitio erosionado. Despues de ligar el seno sigmoideo, la fistula fue cerrada con fascia y músculo temporal.

No existía ninguna evidencia de tumor óseo, vascular o infección.

El paciente tuvo una pronta recuperación y diez meses despues de la cirugía se encuentra asintomático y con una exelente audición pos-operatoria.

DISCUSION

La fistula perilinfática es una ruptura de la membrana limitante del laberinto, generalmente a través de la ventana oval o redonda.[2] Puede ser el resultado de una fractura del hueso temporal, impulsivo o penetrante através de la membrana timpánica la cadena osicular, erosión del laberinto por infección o colesteatoma, o como una complicación de la estapedectomía[4, 5] Fistulas espontáneas pueden recurrir sin evidencia de trauma, cirugía previa o malformaciones congénitas.

Goodhill[6] describió dos mecanismos básicos del daño al oído interno:
a) Explosivo; en el cual el incremento en la presión del líquido cefalorraquídeo se transmite vía el acueducto coclear o a través del conducto auditivo interno hacia el sistema perilinfático.
b) Implosivo: en donde el incremento de presión se ejerce sobre el oído interno por medio de la ventana oval o redonda con incrementos súbitos de la presión de aire dentro del oído y la Trompa de Eustaquio.

Nosotros presentamos un caso de fístula perilinfática de la crus común, la cual fue producida por una erosión del hueso, secundaria a un golfo de la yugular, que hacía protución en la porción postero inferior del hueso petroso.

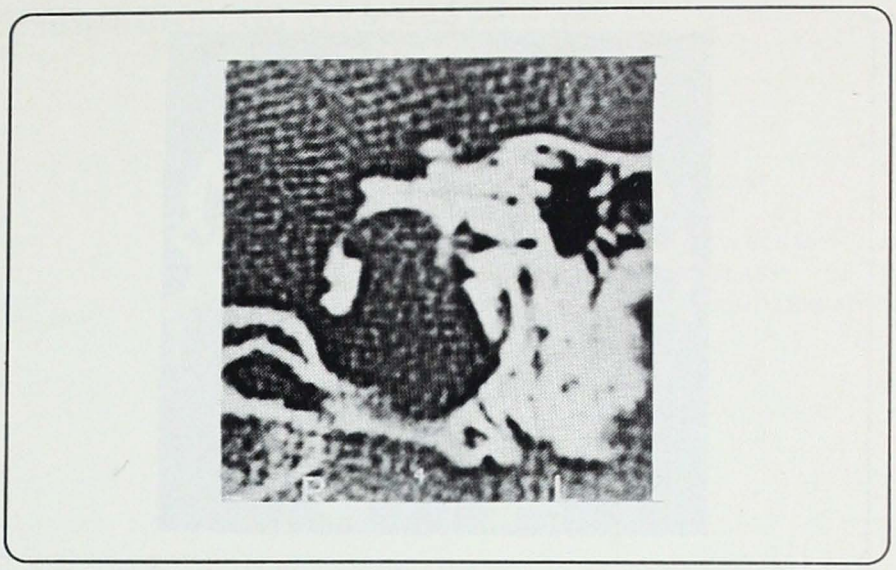


Fig. 1: Tomografía computarizada del hueso temporal demuestra una asimetría de las venas yugulares. La vena izquierda es de mayor diámetro.

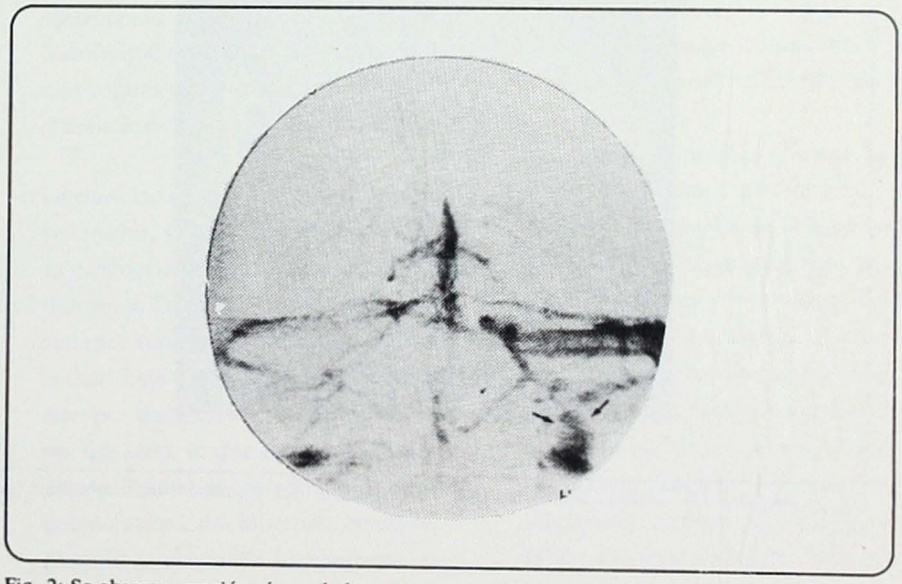


Fig. 2: Se observa erosión ósea de la crus común, por la vena yugular aumentada de tamaño.

A nuestro conocimiento no existe ningún reporte escrito de este tipo de fístulas. Presentamos este caso, como otra posibilidad diagnóstica, el cual debemos de mantener presente en el manejo de pacientes con vértigo.

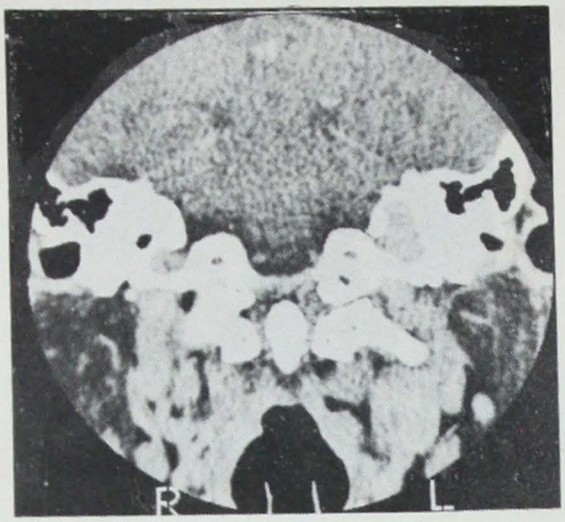


Fig. 3: Un acercamiento demuestra la formación de una fístula de la crus común, en el área del bulbo yugular.

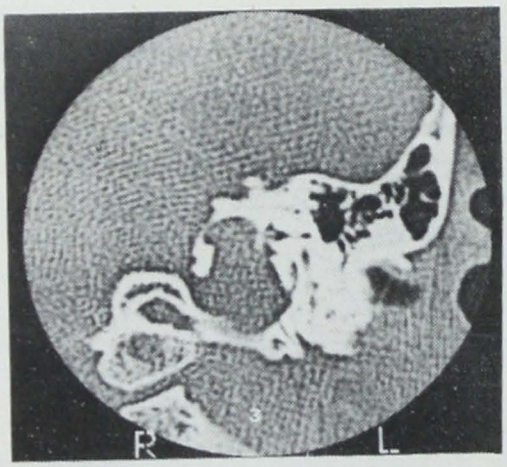


Fig. 4. Angiografía digital demuestra una deformación del domo del bulbo yugular (flecha.)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Mattox, D.E.:* Perilymph Fistulas. In: Cumming, C.W., Fredrickson, J.M., Harker, L.A., Krause, C.J. and Schuller, D.E, Eds. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Ist Ed. St, Lois, MO: CV. Mosby Company, 1986: 3113-18.

2. *Emmet, J.R. and Shea, J,J.:* Traumatic Perilymph Fistula. The Laryngoscope. *90*: 1513-20. 1980.

3. *Love, J.T. and Wagenspack, R.W,:* Perilymphatic Fistulas. The Laryngscope. *91*: 118-28. 1981.

4. *Goodhill, V.:* Sudden Deafness and Round Window Rupture. The Laryngoscope. *81*: 1462-72.1971.

Mucocele Fronto Etmoidal
Revisión de tema y presentación de tres casos

Dr. Adolfo ZAPATA ZAMORA*
Dr. Antonio BELLO MORA*
Dr. David MONTES DE OCA ROSAS**
Dr. Ricardo HEDMAN TABLAS**
Dra. María MAYELA PERDOMO SERRANO**

Resumen: Los mucoceles son lesiones quísticas benignas poco frecuentes y de crecimiento lento de los senos paranasales.

Se presentan tres casos de mucoceles Fronto-Etmoidales, y se analizan y describen los principales aspectos de su Patología Fisiopatología, Diagnóstico, Tratamiento, Pronóstico y Principales complicaciones.

Summary: Three cases of frontoethmoidal mucoceles are presented. A description about the pathology, diagnosis, therapy prognosis and complications is made.

Palabras Claves: Mucocele, tumor senos paranasales, senos paranasales.

* Servicio Otorrinolaringología, HGCMR, IMSS.
** Residente de Otorrinolaringología, HGCMR, IMSS.

INTRODUCCION

Los mucoceles son lesiones quísticas, de crecimiento lento, que se desarrollan en los senos paranasales a partir de una obstrucción completa del conducto Nasofrontal o de los orificios de una o más células etmoidales, lo que impide el drenaje de moco hacia la nariz.

La cantidad de moco retenido, es cada vez mayor, ya que la mucosa continúa su producción. El resultado es una inflamación de la mucosa sinusal localizada por encima y por dentro del globo ocular. Esta edematización ejerce presión por distensión sobre las estructuras del seno, lo que ocasiona erosión ósea del piso del seno frontal o de la pared externa del laberinto etmoidal. Cuando su contenido es purulento, se les denomina mucoceles supurativos o pioceles.[2,3] La localización más común de los mucoceles es en la región frontal y etmoidal anterior, y menos frecuentemente, en el área etmoidal posterior, seno esfenoidal y maxilar maxilar.[1,2,6] Se acredita a Nicolai (1725) la publicación del primer caso de mucoceles.[1]

La causas de este tipo de Patología son: Infección, Trauma, Cirugía, deformidad congénita de los ostiums o una degeneración quística de la mucosa.

Los signos y síntomas clínicos de los mucoceles varían, dependiendo del tamaño, localización de la lesión y dirección de la expansión. Los mucoceles etmoidales y frontales se descubren cuando adquieren el tamaño suficiente para producir una masa palpable en la parte superomedial de la órbita, proptósis, de leve a moderada, alguna limitación en el movimiento ocular diplopia, epifora, o cefalea. Generalmente no hay signos agudos a no ser que el mucocele se haya infectado.[1,2,6,7 y 8]

Los mucoceles frontales presentan como primera manifestación dolor intermitente o persistente en región su-

praorbital, debido a adelgazamiento de las paredes del seno por extensión del mismo en dirección del sitio de menor resistencia, pudiendo, en ocasiones desplazar el contenido orbitario, produciendo las manifestaciones oculares ya mencionadas. [1, 4, 6, 7]

Los mucoceles etmoidales posteriores y esfenoidales presentan a menudo parálisis de los músculos extraoculares y daño al nervio óptico y al quiasma. [6, 7]

Hay pocos reportes que refieren a alteraciones del nervio óptico causados por mucoceles, lo que se atribuye principalmente a la compresión de los vasos sanguíneos por la inflamación local.[7]

Las radiografías de senos paranasales en mucoceles frontales y etmoidales se caracterizan por: 1) Agrandamiento del seno con destrucción interfrontal y adelgazamiento de la pared. 2) Opacificación del seno y 3) Deformidad por destrucción de hueso adyacente. [4, 6]

La tomografía computarizada es de gran utilidad, tanto para su diagnóstico como para visualizar la extensión de la lesión.

Las principales complicaciones que podemos encontrar son: Celulitis orbitaria: Sobre todo cuando la infección se extiende a partir de los senos etmoidales a través de la pared externa del etmoides. Absceso periorbitario: Cuando la infección se extiende a través de lámina papirácea del etmoides.

Trombosis del seno Cavernoso: Se presentan cuando hay una extensión de la infección a través de las vías venosas (por lo general a traves de la vena angular). Meningitis: La infección puede extenderse a través de la tabla interna del hueso hacia el lóbulo frontal del cerebro.[1, 4, 5, y 8]

PRESENTACION DE CASOS

CASO Nº 1

Femenino de 26 años de edad, originaria del Distrito Federal. Sin antecedentes personales patológicos de importancia.

Padecimiento actual: Lo indica en forma incidiosa un mes antes de su evaluación, notando aumento de volumen y protrusión de ojo izquierdo, en forma lenta y progresiva. Ocasionalmente presenta diplopia a cierta posición de la mirada. Exploración física: Dolor en región periorbitaria izquierda y raíz nasal del mismo lado, con edema en partes blandas y exoftalmos se efectuaron radiografías simples de senos paranasales observándose osteolísis de la pared externa del seno frontal izquierdo.

En la Tomografía computarizada se observo zona de neoformación a nivel de seno frontal y etmoidal izquierdo. (Fig. I, II).

En mayo de 1987 se realiza frontoetmoidectomía izquierda. Los hallazgos operativos: Mucocele en seno frontal con dehiscencia de la pared anterior, y drenaje de material purulento de ambos senos frontales. El seno Etmoidal anterior izquierdo con mucocele que desplaza hacia adelante el globo ocular, de forma circular, de bordes redondos, y praorbital, debido a adelgazamiento de las paredes del seno por extensión del mismo en dirección del sitio de menor con lísis ósea de pared anterior y así mismo, tomadas en forma parcial, celdillas etmoidales posteriores derechas. (Fig. III y IV).

Evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta tres días después a la cirugía.

El diagnóstico. 'Histopatológico fue de mucocele Fronto-Etmoidal

CASO Nº 2

Femenina de 52 años de edad, originaria del Edo. de Hidalgo, con antecedentes personales patológicos de importancia: Hipertensión Arterial de 13 años de evolución, controlada con Alfa Metildopa. Diabetes controlada con Tolbutamida.

El padecimiento actual, lo indica en forma incidiosa, 20 días antes de su ingreso, notando aumento en volumen progresivo de ojo izquierdo, acompañado de dolor punzante, sin epifora, y protusión de ojo izquierdo, con visión normal. Exploración física: Exoftalmo importante a expensas de párpado superior que invade región ciliar del mismo lado, con imposibilidad para el movimiento vertical del ojo izquierdo.

Las radiografías simples de cráneo muestran: Lesión de la pared superior de la órbita con imagen sugestiva de neoformación frontoetmoidal izquierda. La tomografía computarizada: Muestra neoformación densa a nivel de la región frontal y etmoidal anterior izquierda, que desplaza hacia adelante el globo ocular, de forma circular, bordes lisos, y con lesión ósea de pared ante-

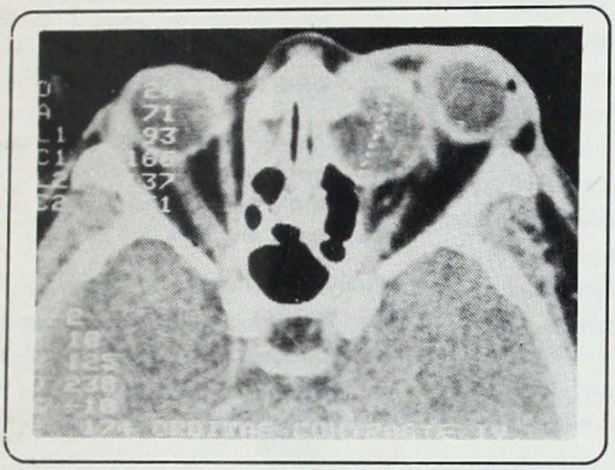


Fig. I

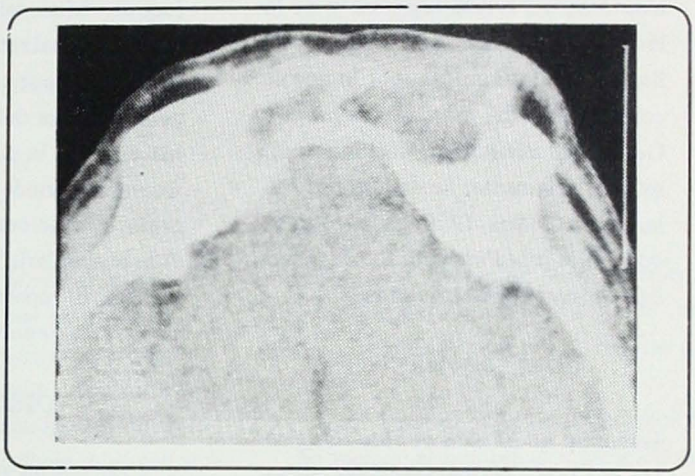


Fig. II

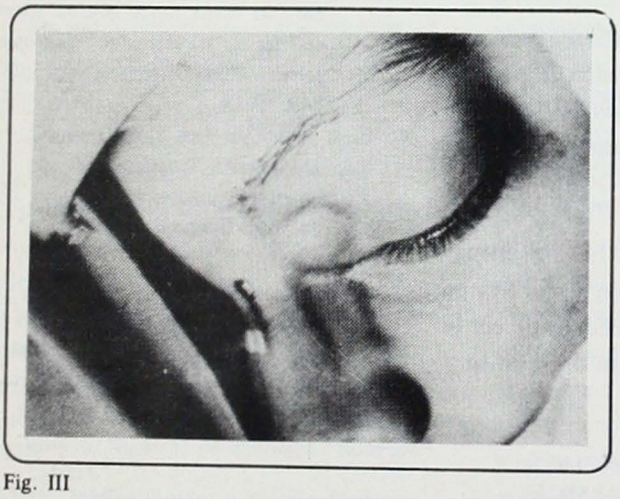


Fig. III

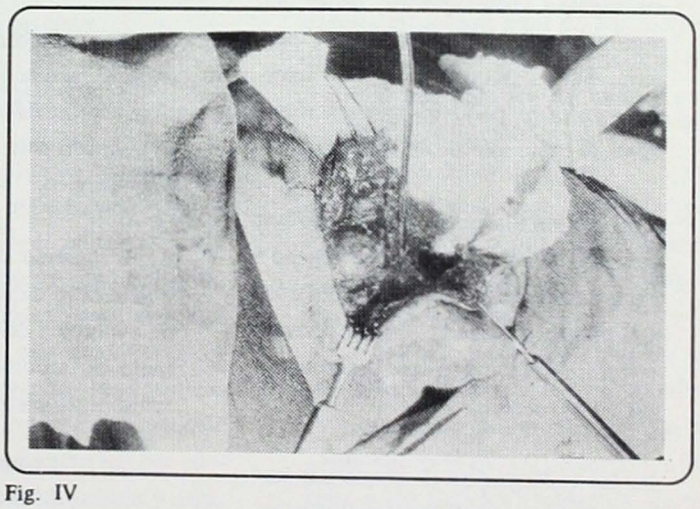


Fig. IV

rior de seno etmoidal izquierdo.
Se realiza Frontoetmoidectomía Izquierda, y los hallazgos operatorios fueron: Seno frontal con dehiscencia de la pared anterior con piocele, drenando material purulento con comunicación de ambos senos frontales, celdillas etmoidales con mucosa hiperplásica, dehiscencia del hueso lagrimal y de la lámina papirácea, con drenaje de líquido céfalo raquídeo, por lo que se coloca fascia del músculo temporal y Gel-foam, sellándola. Evolucionando satisfactoriamente. Se da alta hospitalaria a los 4 días. El diagnóstico Postoperatorio y de Patología fue de mucocele de seno frontal izquierdo.

CASO Nº 3

Femenina de 53 años de edad. Originaria del D.F., sin antecedentes personales Patológicos de interés para mencionar. Padecimiento actual: Lo inicia en forma incidiosa antes de su ingreso, haciéndose aparente 2 meses antes de su ingreso, con epifora, dolor en región frontal, rinorrea anterior y posterior de tipo mucosa, en regular cantidad, notando pequeña tumoración a nivel de canto interno de ojo derecho.

Exploración Física: El ojo derecho con aumento de volúuen del canto interno a expensas de párpado superior doloroso a la palpación, con epifora importante y con limitación a la movilidad vertical del ojo derecho.

En las radiografías de senos paranasales: se observa defecto en borde orbitario interno derecho, La tomografía computarizada: Se aprecia zona de neoformación en región etmoidal derecha, de forma irregular, que se refuerza en forma moderada con medio de contraste, con desplazamiento del globo ocular y erosión ósea, con datos compatibles con Mucocele Frontoetmoidal derecho.

Se realiza Frontoetmoidectomía derecha, y los hallazgos transoperatorios fueron: Mucocele de seno Etmoidal derecho el cual rechaza globo ocular hacia el lado opuesto así como lísis de la pared superior del seno etmoidal, y dehiscencia de la pared anterior del seno frontal, de donde drena material purulento, evoluciona satisfactoriamente. Alta hospitalaria 3 días posteriores a la cirugía. El reporte histopatológico fue de mucocele etmoidal derecho.

DISCUSION

Los Mucoceles Fronto Etmoidales son tumoraciones quísticas benignas.

El diagnóstico va a depender de la sintomatología y la exploración física.

La tomografía computarizada es de gran utilidad para la evaluación de la extensión y forma de la lesión. El tratamiento indicado para este tipo de patología es quirúrgico.

El pronóstico de la función visual puede estar en relación con el tiempo de evolución del padecimiento; por lo tanto es importante su diagnóstico y tratamiento precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- *Ariel López C. y cols.:* Mucopiocele frontal presentación de un caso y revisión de literatura. Acta otorrinolaringológica y cirugía de cabeza y cuello. Bogotá Colombia. *12*:23-29 1984 .

2.- *Ciriaco Cristovaot. Et.:* al Maxillary Sinus Mucopyoceles. Arch. Otolaryngol. Vol. 110 200-202. 1984.

3.- *Escajadilla R.:* Mucocele del Antromaxilar. Asociado a un carcinoma nasofaríngeo.Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolangología. Vol. XXX 176-181, 1986.

4.- *Itzhak Brook, Ms. Et. al.:* Intracranial complications of sinusitis in children a sequela of periapical abscess. ant. otol. Vol. *91*: 41-43, 1982.

5.- *K.J. Lee.:* Essential Otolaryngology pags. 379-396 Ed: medical examination publishing Co. Inc. an axcerpta medica company Third edition 1983.

6.- *Marlyn J. Siegel Et. al.:* Paranasal sinus mucoceles in children Vol. 133: 623-626 radiology 1979.

7.- *Tetsuzo Fijitani, Et. al.:* Optic ner- ve disturbance coused frontal and fronto - Ethmoidal Mucopyoceles arch. Otolaryngology 267-269. 1984.

8.- *De. Wesse - Saunders.:* Tratado de otorrinolaringología págs. 214-240 ed. Interamericana 1963 1ª edición.

9.- *James J Sciubba. Et. al.:* Mucin Impac- tion tumor of the paranasal sinues:A new clinical entity? laringoscope Vol. *93*: 621-626. 1983.

Discinesia Ciliar, presentación de un caso

Dr. Jaime SANDOVAL GRANILLO *
Dr. Arturo ANGELES ANGELES **
Dr. David LOPEZ RUEDA ***
Dr. Jorge LARRIVA SAHD ****

Resumen.- Se presenta el caso de un paciente masculino de 24 años de edad que tuvo como datos clínicos obstrucción nasal bilateral, rinorrea anterior y posterior purulenta, e hipoacusia izquierda. Se le hicieron estudios radiográficos de senos paranasales, tórax y abdómen; broncografía, electrocardiograma, espermatobioscopía y estudio audiológico con lo que se estableció el diagnóstico de Sindróme de Kartagener. Confirmándose con microscopía electrónica.

Summary.- A case of white male patient of 24 years old is presented. The patient had bilateral nasal obstruction, rinorrhea and left hipoacusia. Kartagener's Syndrome was documented by paranasal, thorax and chest roentgenograms, broncograms, electrocardiogram, spermatobioscopy and audiological study. Posteriorly, electron microscopy showed disturbances in the cilia and he was classified as carrier of Cilia Dyskinesia Syndrome.

Palabras clave: síndrome de Kartagener, discinesia ciliar, sinusitis, bronquiectasias, Situs Inversus.

INTRODUCCION

La discinesia ciliar es una enfermedad que afecta las estructuras del cuerpo humano que incluyen epitelio ciliado como son trompas de Falopio, ventrículos cerebrales, vasos eferentes de los testículos, espermatozoides, y vías aéreas incluyendo senos paranasales, bronquios, trompa de Eustaquio y oído medio. Se caracteriza por presentar disminución o ausencia y asincronía de la motilidad ciliar. Es una enfermedad de tipo genético recesivo autosómico.

Esta patología incluye el llamado Síndrome de Kartagener que se caracteriza por presentar situs inversus, bronquiectasias y sinusitis y que fue descrita precisamente por Kartagener en 1933.[1, 2, 3, 4]

A lo largo de años de investigación ha variado el nombre esta afección ciliar así como su clasificación.

Anteriormente se propusieron cinco variantes de este síndrome.[5] Sin embargo, la clasificación que más se usa en la actualidad es la que divide la discinesia ciliar con base en sus alteraciones, es decir por deficiencia de dineína, por defectos radiales y por transposición microtubular.[6, 7, 8, 9]

Incluso, Sturges y cols.[6], ya habían propuesto una clasificación muy similar sólo que la nombraron por tipo 1, 2 y 3, de acuerdo también a esos mismos trastornos.

La frecuencia de presentación no está bien determinada, pero Afzelius [10] cita un caso de Síndrome de Kartagener por cada 68000 personas en Europa y los Estados Unidos de Norteamérica.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 24 años de

* Jefe del servicio de Otorrinolaringología, Hospital General de Ticomán, Secretaría de Salud.
** Jefe del Departamento de Patología, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán".
*** Médico Residente, 2o año Medicina Familiar, Secretaría de Salud.
**** Doctor en Ciencias e Investigador Titular de Tiempo Exclusivo, Departamento de Patología, Laboratorio de Microscopía Electrónica y Patología Experimental, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán".

edad con padecimiento actual desde los 12 años con obstrucción nasal bilateral, rinorrea anterior y posterior purulenta e hipoacusia izquierda. La exploración física otorrinolaringológica mostró como datos de interés abundante moco purulento en ambas fosas nasales. En oído izquierdo se observó membrana timpánica opaca y retraída. Entre los antecedentes familiares de importancia una hermana con sinusitis crónica sin bronquiectasias ni dextrocardia o situs inversus.

Las radiografías de senos paranasales mostraron opacidad importante de los Senos Maxilares (Fig. 1).

La broncografía reveló bronquiectasias cilíndricas basales bilaterales de predominio en el pulmón derecho (Fig.2).

La radiografía de tórax mostró dextrocardia (Fig 3), y en la radiografía de abdómen se observó el situs inversus de los órganos intraabdominales.

En la Espermatobioscopía se halló: volumen 2 ml. pH 8, color opalescente, movilidad 60%, número 110 000 000, morfología 2% macrocéfalos y 1% microcéfalos, tiempo de licuefacción normal y 24 leucocitos por campo.

El estudio audiológico reportó hipoacusia conductiva superficial izquierda.

El electrocardiograma mostró desviación del eje eléctrico a la derecha 110°, así como bloqueo incompleto de rama derecha. Posteriormente se le tomó al paciente biopsia nasal del cornete inferior izquierdo para análisis por microscopía electrónica.

Las muestras fueron obtenidas y fijadas por inmersión en glutaraldehído al 2.5% disuelto en amortiguador de cacodilatos 0.15 M a un pH de 7.3, seguido de deshidratación en etanol e inclusión en resinas de Epon. Se hicieron cortes finos de 80 a 100 nm que fueron contrastados con sales de uranio y plomo y observados en microscopios electrónicos de transmisión Zeiss EM 10. Como resultado se obtuvo que a nivel ultraestructural los cilios presentaron dimensiones normales, sin embargo aún cuando en la matriz ciliar se identificaron elementos fibrilares de cilio normal, llamó la atención la ausencia de dineída en algunos dobletes o bien cuando se observó fue escasa y en ningún caso estableció contacto con el doblete vecino (Fig. 4).

DISCUSION

Los cilios normales están formados por un arreglo tubular característico de nueve dobletes externos microtubulares y dos microtúbulos centrales (ver fig. 5). Esta formación se halla constante desde los protozoarios hasta el hombre [11,12] Los dobletes externos se componen de un túbulo A y uno B y están conectados a los dobletes adyacentes por eslabones de nexina. Los brazos de dineína, por su parte, se originan del túbulo A. Los microtúbulos están formados por moléculas del tipo de la tubulina y los brazos de dineída contienen adenosíntrifosfatasa.[5,13,14] Los túbulos centrales están rodeados por una vaina y se conectan a los dobletes tubulares externos por estructuras radiales o rayos.

El daño estructural en esta patología es a nivel de los cilios. La mayoría de los pacientes presentan motilidad ciliar deficiente por un defecto congénito debido a prolongaciones irregulares de dineína o definitivamente ausentes en los dobletes microtubulares periféricos de los cilios. También se ha observado por Microscopía Electrónica defectos radiales y transposición microtubular, defecto este último donde ha ausencia de microtúbulos centrales en más del 35% de los casos.[8] Por lo tanto, las estructuras ciliadas del organismo humano se encuentran afectadas en mayor o menor grado. A nivel de las vías respiratorias ésta ausencia o disminución de la actividad ciliar interfiere con el desplazamiento de moco, llamado también mecanismo de transporte mucociliar y con ello se dificultan el desalojo de las bacterias lo que predispone a una infección de senos paranasales y bronquios [15]

Tomando en cuenta lo anterior y en relación con nuestro caso se comprobó un trastorno importante de la dineína, sin existir defectos radiales o transposición microtubular. Por lo que queda incluido en el grupo más frecuente de alteraciones de esta entidad nosológica. Por otro lado se ha descubierto que el ATP junto con su enzima la ATPasa parecen ser los generadores del movimiento ciliar mediante el deslizamiento activo de dobletes microtubulares adyacente. [13,14]

Sin embargo, el hecho de que exista cierto movimiento en cilios que carecen de brazos de dineína sugiere que puede haber mecanismos alternos que produzcan movimientos o que los cilios conservan parte de ATPasa[14] De hecho, Rossman y cols. (14) presentaron un estudio en el que demostraron in vitro e in vivo la activación ciliar por medio de ATP y ATPasa. Ellos proponen que la deficiencia de brazos de dineína puede ser debida a dos causas: incapacidad de los cilios para producir ATPasa o un defecto en la mem-

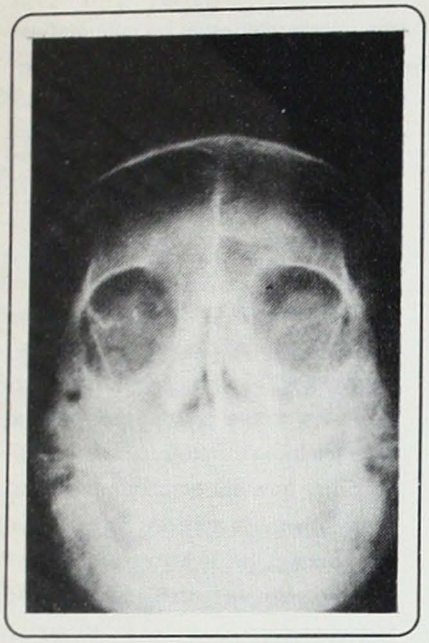


Fig. 1 Radiografía en posición de Waters donde se observa la opacidad de ambos senos maxilares.

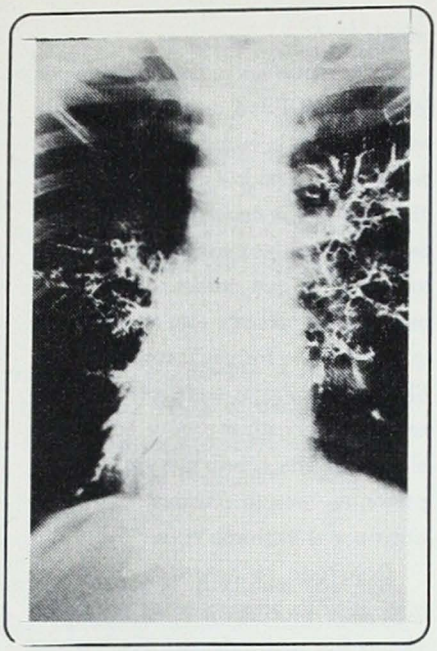


Fig. 2 Broncografía donde se aprecian las bronquiectasias cilíndricas basales de predominio derecho.

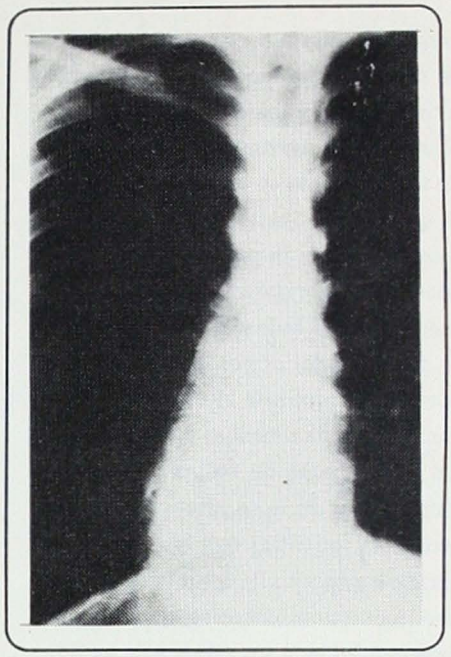


Fig. 3 En esta radiografía de tórax se observa la dextrocardia, así como también el fondo gástrico del lado derecho del paciente.

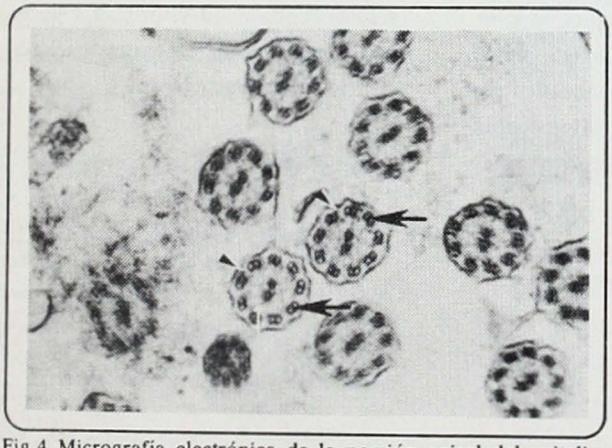
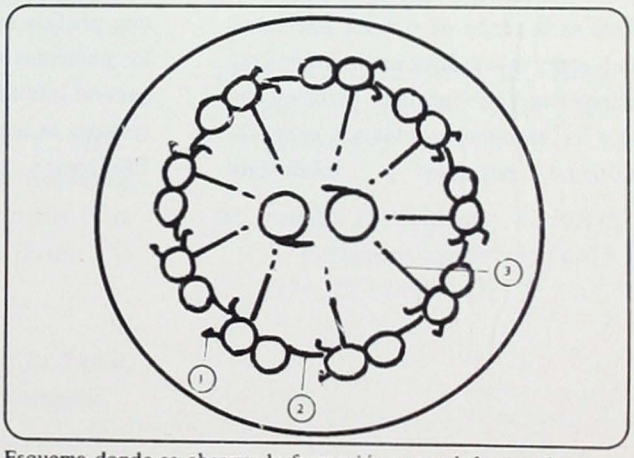


Fig. 4 Micrografía electrónica de la porción apical del epitelio de la mucosa nasal, en que los cilios han sido cortados transversalmente. Nótese la presencia de los nueve pares de dobletes periféricos (flecha obscura). Pequeños acúmulos amorfos de dineína (cabezas de flechas) y el doblete central unido con los túbulos periféricos mediante puentes radiales (flecha blanca). Aumento de 30000 X.



Esquema donde se observa la formación normal de un cilio.
1.- Brazo de dineína.
2.- Nexina.
3.- Rayo: Estructura Radiada.

brana ciliar con la consiguiente pérdida de ATPasa, inclinándose más por ésta última como causa del problema. No obstante, este movimiento ciliar carece de una sincronía en una sola dirección lo que lo hace inefectivo. Las células móviles que se llegan a observar presentan un movimiento descordinado con respecto a la fase del ciclo ritmo y la dirección del ritmo. Además se observan dos tipos de ritmo: uno oscilante y otro de rotación, este último es un movimiento de forma rotacional multiplanar de la sección media del axonema, mientras que la punta y la base permanecen fijos; en tanto que el otro movimiento observa un ritmo vibracional donde los cilios sólo se doblan en su mitad distal. Todos estos cilios muestran una frecuencia de ritmo de la mitad aproximada de los cilios normale. [8]

Esta enfermedad también afecta la movilidad de los espermatozoides, aunque no en forma total que, por otra parte son fisiológicamente normales. Esta es la razón de que los pacientes del sexo masculino sean infértiles, aunque se han reportado casos en los que los espermatozoides son estructuralmente normales y totalmente móvile.[16,17]

El situs inversus se ha explicado por falta de motilidad de todos los epitelios durante la embriogénesis. [18] A partir de esto podría establecerse una hipótesis de que dependiendo del grado de afección ciliar existiría o no el situs inversus, ya que muchas veces realmente no se presenta esta alteración lo que da lugar a formas incompletas del Síndrome de Kartagener y que permanecen sin diagnosticar porque no ocurrió el situs inversus, pero que sin embargo presentan bronquiectasias, sinusitis y otitis por el trastorno ciliar.[2,10,14,18]

Con todo lo anterior, el cuadro clínico se va a caracterizar por infecciones frecuentes de vías respiratorias debido a la sinusitis crónica y a las bronquiectasias. Factores que dan un pronóstico malo en cuanto al promedio de vida de estos pacientes, aunque se ha reportado casos en que han llegado a la senectud como cualquier otra persona normal. [19,20]

A nivel de oído medio se observa una pérdida auditiva conductiva y en los pacientes masculinos existe por lo general infertilidad. El diagnóstico definitivo se establece por Microscopía Electrónica, pero como coadyuvantes muy importantes están las radiografías de senos paranasales, tórax y abdómen, las broncografías, la espermatobioscopía y la determinación del transporte mucociliar, y desde luego el examen clínico del paciente.

De acuerdo a la corriente médica actual [2, 3 4, 14] por lo revisado en la literatura médica y que nosotros comprobamos en nuestro caso clínico, se concluye que el Síndrome de Kartagener pertenece a una entidad nosológica cuyo trastorno ultraestructural es a nivel ciliar que, sin embargo antes del advenimiento de métodos diagnósticos más finos como el Microscopio Electrónico, sólo presentaba como manifestaciones mayores las sinusitis, las bronquiectasias y el situs inversus.

Queda mucho por investigar sobre todo a nivel genético y en cuanto al tratamiento. Esto último puede tener una solución a más corto plazo si se toman en cuenta los descubrimientos de Rossman y cols. [14] quiénes hallaron activación ciliar por medio de ATP y ATPasa in vitro e in vivo lo que representa una esperanza para pacientes con este problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- *Eliasson, R., Mossberg, B.:* Camner. P., Afzelius, B.,: The Immotile Cilia Syndrome, New Engl J Med 1977, *297*: 16

2.- *Rossman, C., Forret J., R.:* Newhouse, R.: The Dyskinetic Cilia Syndrome, Chest 1980, *78 (4):* 580582.

3.- *Veerman, A., Van Der Baan, A., Weltevreden, E.,, Leene, W., Feenstra, L.:* Immotile, Dyskinetic, Dysfunctional, The Lancet 1980, 2: 266

4.- *Sleigh. M.:* Primary Ciliary Dyskinesia, The Lancet 1981, *2*: 476.

5.- *Jiménez, J., Ramírez, H., Luengas, F., Wusterhaus, A.:* Microscopía Electrónica de cilios de un caso con Síndrome de Kartagener, Bold Med Hosp Infant Mex 1985, *42(11)*: 701-706

6.- *Sturgess, J., Chao, J., Wong, J., Aspin, Turner P.:* Cilia with defective radial spokes, New Engl J Med 1979, *300*: 53-56.

7.- *Sturgess, J., Chao, J., Turner, P.:* Transposition of Ciliary Microtubules, New Engl J Med 1980, *303*:318 322.

8.- *Rossman, C., Forrest, J., Lee, R., Newhouse, A., Newhouse, M.:* The Dyskinetic Cilia Syndrome, Chest 1981, *80 (6)*: 860-864

9.- *Turner, P., Corkey, C., Lee, J., Levison, H., Sturgess, J.:* Clinical Expressions of Immotile Cilia Syndrome, Pediatrics 1981, 67 *(6)*: 805-810.

10.- *Afzelius, B.:* A human syndrome caused by Immotile Cilia, Science 1976, 193: 317-319.

11.- *Fawcett, D.:* What makes cilia and sperm tails beat?, New Engl J Med 1977, *297, (1)*: 46-48.

12.- *Fox, B., Bull, T., Makey, A., Rawbone, R.:* The Significance of Ultrastructural abnormalities of human cilia, Chest 1981, 80 *(suppl. 6)*: 796-799.

13.- *Forrest, J., Rossman, C.:* Newhouse, M., Ruffin, R.: Activation of Nasal Cilia in Immotile Cilia Syndrome, Am Rev Respir Dis 1979, *120*: 511-515.

14.- *Rossman, C,. Forret, J., Ruffin, R., Newhouse. M.:* 9 Immotile Cilia Syndrome in Persons with and without Kartagener's Syndrome, Am Rev Respir Dis 1980, *121*: 1011-1016.

15.- *Cammer, P., Mossberg, B., Afzelius, B.:* Evidence for Congenitally nonfunctioning cilia in the tracheobronchial tract in two subjects, Am Rev Respir Dis 1975, *112*: 807-809.

16.- *Jonsson, M., McCormick, J., Gillies, C, Gondos, B .:* Kartagener's syndrome with motile spermatozoa, New Engl J Med 1982, *307*: 1131-1133.

17.- *Aitken, J., Ross, M., Lees, M.:* Analysis of eperm function in Kartagener's syndrome, Fertility and Sterility 1983, *40*: 696698.

18.- *Woodring, J., Royer, J., McDonagh, D.:* Kartagener's syndrome, JAMA 1982, 247: 2814-2816.

19.- *Miller, D., Divertie, M.:* Kartagener's syndrome, Chest 1972, *62*: 130-135.

20.- *Amjad, H., Richburg, F., Adler, E.:* Kartagener syndrome, JAMA 1974. *227*: 1420-1422.

Holoprosencefalia - Arrinencefalia
Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Dr. Raúl ORTIZ LARA*
Dr. Juan GUTIERREZ BUTANDA*
Dr. Oscar ADRIAN VALDES CRODA**

Resumen.- La Holoprosencefalia-Arrinencefalia, es un síndrome que se caracteriza por un grupo de malformaciones cerebrales, ausencia del tracto olfatorio, desarrollo anormal de las vesículas ópticas y malformaciones de algunas extructuras de la línea media de la cara. Pueden además existir otras malformaciones asociadas en los diferentes aparatos y sistemas. Se presenta un caso clínico.

Summary.- One case is presented of a lobar holopresencephaly and the spectrum of associated malformations. Holopresencephaly-Arhinncephaly is a sindrome characterized by a group of cerebral malformations, absence of the olfatory pathway, abnormal development of optical vesicles and some facial defects. It can be also associated to lesions in other systems.

Palabras Clave: Holoprosencefalia, Arrinencefalía, malformaciones congenitas.

* Médico adscrito al servicio de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Pediatría.
** Médico residente II del servicio de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Pediatría.

INTRODUCCION

Kundrat (1882) aplicó el término de arrinencefalia, a un grupo de casos que presentaban ausencia del tracto olfatorio y tenían una falta de división en una parte del encéfalo.[1] La formación del rinencéfalo aparece durante la sexta semana de desarrollo embrionario y constituira la corteza olfatoria, junto con bulbo y el tracto olfatorio. El común denominador de esta malformación, es la falta de evaginación de las vesículas telencefálicas secundarias, así como una falta de división del prosencéfalo, lo que resulta en una ausencia de los bulbos olfatorios, teniendo el resto de las formaciones del rinencéfalo presentes, pero de carácter hipoplásico.[2]

De Myer y Zeman (1963) propusieron el término de holoprosencefalia, para indicar un grupo de malformaciones cerebrales, caracterizadas por la tendencia del prosencéfalo a permanecer entero, como una vesícula simple, es decir, como un complejo donde estarían incluidos telencéfalo, lóbulos y hemisferios.[3] El prosencéfalo es una de las 3 vesículas primitivas del cerebro humano y que su desarrollo subsecuente, se lleva a cabo por diverticulación y hendiduras; por lo tanto, el mesodermo precordial es importante en la patogénesis de la holoprosencefalia, ya que esta estructura influye en el desarrollo normal del cerebro y algunas estructuras de la línea media de la cara. Los defectos oculares se deben a un desarrollo anormal de las vesículas ópticas, con un imcompleto cierre de las fisuras fetales.

La clasificación de la holoprosencefalia es:

a) Tipo Alobar: Donde encontramos un cerebro monoventricular, con una fisura interhemisférica defectuosa. La cubierta monoventricular, está constituida por una membrana, quizá en forma de quiste.

b) Tipo Semilobar: En el cual, los lóbulo cerebrales y las cisuras interhemisféricas están parcialmente formadas, continuándose la corteza cerebral a través de lo ancho de la línea media anterior con la posterior y enseñando el lóbulo occipital una configuración muy cercana a la normalidad.

c) Tipo Lobar: Se subdivide en 2 tipos: 1) En donde los hemisferios están bien formados, pero unidos por

bandas continuas de neocorteza en la porción frontal, la superficie orbitaria o por encima del cuerpo calloso.
2) Donde hay una completa separación de la neocorteza a través de la línea media, habitualmente acompañada de la ausencia o hipoplasia del cuerpo calloso. [1,3]

Existen otros términos propuestos como holotelencefalia, telencefalosinapsis, etmocefalia, cebocefalia, lissencefalia y trigonocefalia. [1, 2]

Dentro de la revisión de la literatura, a nivel clínico encontramos que las dismorfias faciales son comunes, pero no constantes, destacando la hipoplasia facial media, como una característica de la holoprosencefalia, más que de la arrinencefalia. El síndrome consta de hipotelorismo teniendo un rasgo importante la disminución en la distancia interpupilar e intercantal. Las anomalías oculares son más comunes en la Arrinencefalia, pudiendo ser anoftalmía, microftalmia, con una variedad de colobomas asociados.[1]

La escala de malformaciones nasales, se puede presentar como una nariz chata, un esbozo simple de nariz, con un pequeño orificio o ventana, o una trompa situada entre los ojos.

Las anormalidades encontradas a nivel del labio superior, puede ser con una ausencia o presencia de una hendidura labial media.[4] La mandíbula puede estar hipoplásica o fusionada con la maxila; la boca puede ser pequeña, de forma circular, con la lengua de tamaño y posición normal o rudimentaria, la articulación mandíbulotemporal, en ocasiones está ausente y puede existir implantación baja de los pabellones auriculares. Estos paciente pueden llegar a causar con evidencia de sepsis, cuadros infecciosos que principalmente se confinan al tracto respiratorio, pudiendo también presentarse en otros órganos y sistemas.

En el aspecto de Patología, a nivel de sistema nervioso, el cerebro presenta variaciones desde normocéfalo hasta una importante microcefalia. La hidrocefalia no es prevalente del tipo Alobar, pero es común en la Semilobar y Lobar. La fusión del ganglio basal o talámico, se encuentra comunmente en todas las variedades de Holoprosencefalia. El tracto piramidal está usualmente ausente en el tipo Alobar, pero puede estar presente hipoplásico o pobremente mielinizado en los otros tipos.

En el sistema óptico, encontramos microftalmia, colobomas del iris y retina e hipoplasia del nervio óptico.

En el cerebelo puede existir hipoplasia, pero con una arquitectura normal de su corteza, así mismo, hipoplasia del vermis asociado con una displasia de los hemisferios cerebelares.

En el sistema cardiovascular, se pueden encontrar malformaciones como Tetralogía de Fallot, atresia pulmonar y mitral, defectos septales y una aorta aberrante.

En el aparato genitourinario, puede existir un riñón poliquístico e hipoplasia de genitales externos.

En el aparato digestivo, se ha encontrado tejido esplénico ectópico en el páncreas y en el sistema endocrino puede existir agenesia de la pituitaria y criptorquidea, con hipoplasia testicular.

Desde el punto de vista etiológico, las malformaciones se consideran en 3 grupos: anormalidades cromosómicas, desórdenes genéticos y casos esporádicos tentativamente atribuidos a factores ambientales.

Dentro de las anormalidades cromosómicas, la más frecuentemente encontrada es la Trisomía 13-15, pudiendo también existir la trisomía 18 y en ocasiones, aunque poco frecuente la trisomía parcial del cromosoma 7[1] En relación de los desórdenes genéticos, se tiene bien reportada la frecuencia familiar de Holoprosencefalia, como un factor genético autosómico recesivo [1,4,5]. Se ha visto asociación con otros síndromes dentro de los cuales se encuentran el Síndrome de Meckel[6], el de Goldenhar[7], el de Warburg[8] y el de Aicari[9]. Así mismo se sabe que los factores ambientales producen desórdenes genéticos, pero en muchos casos la historia materna es deficiente y en ocasiones de poca validéz para conclusiones. Al respecto también se menciona a la diabetes materna dentro de las etiologías, así como hipertención materna y casos de Holoprosencefalia familiar. Otros autores han mencionado también la asociación con sífilis y toxoplasmosis pero sin fundamentos claros [4,5].

Dentro de los estudios de gabinete, la angiografía es el estudio en donde los cambios son más constantes, como es el hallazgo de una arteria ácigos cerebral anterior, con curso anómalo y la presencia de esta peculiar arteria, es patogonmónica de Holoprosencefalia Alobar o Semilobar (Fig. 1)

PRESENTACION DEL CASO

Presentamos un caso diagnóstico del Servicio de Otorrinolaringología, en el Instituto Nacional de Pediatría, tratándose de producto femenino de 4 horas de nacido, de Gesta II, de 38 semanas de gestación; embarazo sin

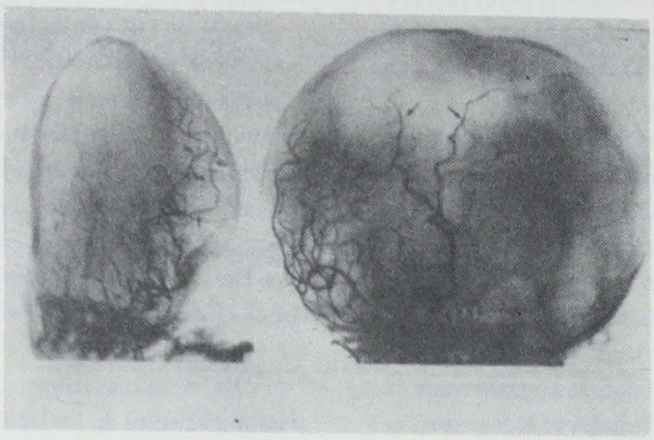


Fig. 1

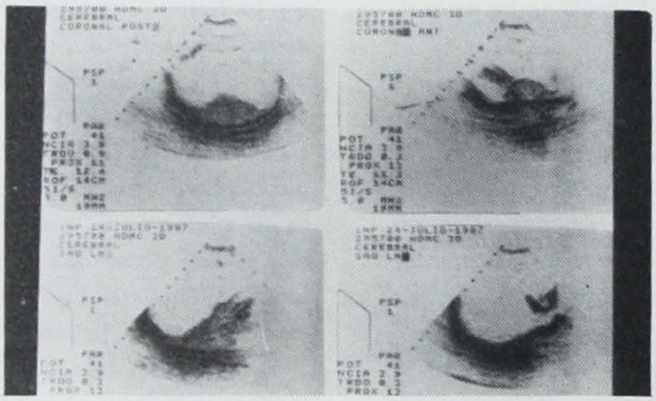


Fig.2

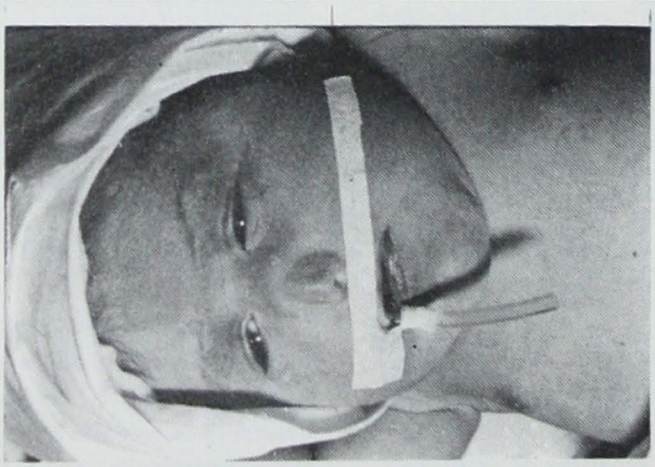


Fig. 3

complicaciones, con ruptura de membranas de 24 horas de evolución, obtenido por cesárea sin complicaciones. Al nacimiento presenta apnea, por lo que se maneja con intubación orotraqueal.

A la exploración física encontramos: cabeza, con región frontal estrecha, fontanela anterior y posterior abiertas. cara, con hipoplasia del tercio medio facial y de premaxila. (Fig.2)

Ojos, con microftalmos, hipotelorismo importante, fondo de ojo e iris de características normales. Nariz, con hipoplasia marcada de huesos - huesos propios nasales, así como de cartílagos nasales, representándose éstos en forma triangular, con orificio nasal Eunico, de diámetro aproximado de 2mm. Boca, con lengua de tamaño y posición normal; paladar blando en toda su extensión, aún a nivel de paladar óseo. Oídos, con pabellones auriculares de características e implantacion normales, conducto auditivo externo y membrana timpánica de características normales. Cuello, cilíndrico, de características normales; tubo orotraqueal permeable. El resto de la exploración física, no mostró malformaciones congenitales asociadas. Los exámenes de laboratorio, que incluyeron biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación y electrolitos séricos, se encontraron dentro de límites normales.

Se manejó con traqueostomía inmediata. A las 24 horas de su ingreso, presentó crisis convulsivas generalizadas, multifocales, que se manejaron con DFH y fenobarbital.

Los estudios de gabinete que se practicaron fueron:

Electroencefalograma, que mostró la existencia de una disrritmia paroxística

córtico-subcortical generalizada grado IV, por presencia de actividad lenta y aguda, así como ondas atípicas en forma constante durante todo el registro, lo que tradujo la existencia de un estado de mal eléctrico. El US cerebral, reportó contenido líquido intracraneano, con mínimo tejido cerebral, de localización central, (Fig.3) La temografía computarizada, nos daba evidencia de no visualizar la nasofaringe, así como paladar óseo ni el séptum nasal, encontrándose en lugar de éste último, un pequeño orificio, con ausencia de cornetes, así mismo, se apreciaba una imagen densa que se extendía desde la porción inferior de la base de la lengua, hasta el piso de las órbitas. A nivel de cráneo, las estructuras óseas se apreciaron íntegras. El IV ventrículo, se encontró de forma y tamaño normal, así como el parénquima cerebral de la fosa posterior. En la porción supratentorial, se observó ventrículo único, con ausencia del septum pellucidum de la hoz del cerebro, que abarcaba casi todos los hemisferios cerebrales hacia las porciones inferiores, apreciándose tejido cerebral parcialmente en el lóbulo frontal, así como en el temporal. Estos datos se relacionaron con una holoprosencefalia de tipo Alobar. Debido a su mal pronóstico, fue solicitada y otorgada su alta voluntaria a los 5 días de permanencia hospitalaria. Posteriomente a través del departamento de Trabajo Social, se nos informó que a los 10 días de permanencia extrahospitalaria, la paciente falleció.

COMENTARIO

El propósito de este trabajo, es el de reportar un caso de holoprosencefalia-arrinencefalia y hacer énfasis de cierta anomalías congénitas involucradas en este síndrome. Es de gran importancia reconocer y diagnosticar el síndrome, así como estar enterados de su pronóstico desfavorable, ya que la muerte es lo habitual debido a las anomalías congénitas asociadas y por lo mismo no sobreviven más del periodo neonatal. Los que logran sobrevivir este periodo, presentan un severo retardo mental e incapacidad motora, que va desde una total incapacidad para los movimientos a una cuadriparesia espástica. Así mismo, presentan una severa dificultad para la alimentación, no hay control de esfínteres y la regulación de la temperatura corporal es defectuosa en varios de los caso revisados. Su manejo incluye el tener una vía aérea permeable, sonda de alimentación o gastronomía y control de las posibles complicaciones. Dado que la hidrocefalia se encuentra en un porcentaje relativamente alto en paciente con holoprosencefalia Semilobar y lobar, algunos pacientes pueden cursar con un déficit neurológico mínimo o moderado y el manejo de la hidrocefalia requiere entonces corrección quirúrgica. En los escasos pacientes con hidrocefalia; en la variante Alobar, el manejo debe de ser conservador, en virtud de su mal pronóstico.

Para su valorización integral, además de los estudios mencionados en nuestro paciente, debe solicitarse estudios de genética y a angiografía así como realizarse Neorupcia que en este caso no se ejecutaron por su alta voluntaria. Consideramos de interés la presentación del caso en cuestión, en virtud de la poca frecuencia del síndrome y por ende, escasos reportes en la literatura mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.-*Kobori J., Kaarsoo M. and Urich H.:* Arhinencephaly; the spectrum of associated malformations. Brain 1987, *110*: 237-260.

2.-*Landau J. and Cols.:* Arhinencephaly. J. Pediatr. *62*: 895-900

3.-*Osaka K. and Matsumoto S.:* Holoprosencephaly in neurosurgical practice. J Neurosur 1978 *48*: 787-803.

4.-*Patel H. and Cols.:* Holoprosencephaly with median clef lip; clinical pathological and echoencephalographic study. Amer J Dis Child 1972 *124*: 217-221

5.-*Hintz L., Menkking M and Sotos J.:* Familial holoprosencephaly with endocrine dysgenesis. J Pediatr 1968 *1*: 81-87

6.-*Aleksic S. and Cols.:* Cerebellocele and associated central nervous system anomalies in the Meckel syndrome. Childs brain 1984 *11*: 99-11

7.-*Wilson GN.:* Cranial defects in the Goldenhar syndrome. Am J Med Genet, 1983 *14*: 435-443

8.-*Pavone L. and Cols.:* Hydrocephalus, lissencephaly, ocular abnormalities and congenital muscular dystrophy. A Warburg syndrome variat? Neuropeditr 1986 *17*: 206-211

9.-*Tanaka T. and Cols.:* A rare case of Aicardi syndrome with severe brain malformation and hepatoblastoma. Brain Dev 1985 *7*:507-512

Calendario de Actividades SMORLCCC

NOVIEMBRE 1988

"Otoneurología"
Prof.: Dr. Jorge Corvera B.
Fecha: 25 al 27 de Noviembre 1988
Sede: Hospital Manuel Gea González
Avala: SMORLCCC

"Curso Temas Selectos de Audiología para Médicos Generales"
Prof.: Dra. Elizabeth Shamblati A.
Fecha: 28 y 29 de Noviembre 1988
Sede: Hospital Central Sur PEMEX

"Sesión de Videocintas"
Fecha : 30 de Noviembre 1988
Sede: SMORLCCC

ENERO 1989

"Sesión Solemne SMORLCCC"
Fecha: 10 de Enero 1988
Sede: Auditorio Dr. Abraham Ayala González
Hospital General S.S.

"Curso Laboratorio y Gabinete III
Radiología
Fecha: 13 y 14 de Enero 1989
Sede: México, D.F.
Organiza: SMORLCCC

"Curso de Apoyo para el Examen del Consejo de la Especialidad"
Fecha: 20 y 21 de Enero 1989
Sede: Pendiente

"Sesión de Videocintas"
Fecha: 25 de enero 1989
Sede: SMORLCCC

FEBRERO 1989

"Curso Internacional sobre Actualidades en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello"
Coordinador: Dr. Juan Andrade Pradillo
Sede: México, D.F.
Organiza: SMORLCCC

"Sesión Ordinaria de la SMORLCCC"
Fecha: 7 de Febrero 1989
Sede: Auditorio Abraham González
Hospital General S.S.

Notas e Informaciones

CONGRESO MUNDIAL

El XIV Congreso Mundial de otorrinolaringología y Patología Cervico-facial se celebrará en la Ciudad de Madrid del 10 al 15 de septiembre de 1989, bajo los auspicios de la Federación Internacional de Sociedades de Otorrinolaringología (IFOS). Como ustedes notarán existe un cambio de fecha al anunciado anteriormente y según nos escribe el Dr. Alvarez-Vicent, la razón es debida a que España fue escogida como sede de la Presidencia del Consejo de Ministros de la Comunidad Económica Europea durante el primer semestre de 1989 y con este motivo, el Gobierno de España, ha decidido que la reunión cumbre de los 12 Primeros Ministros se realice en la sede y en las mismas fechas, que desde 1985 el Comité Organizador del Congreso había reservado.

Las cuotas para el Congreso han sido establecidas, para los médicos participantes hasta antes del 1o. de abril en 70,000 pesetas, después de esa fecha en 80,000 pesetas y durante el congreso en 85,000 pesetas. Las cuotas para residentes y acompañantes son exactamente la mitad de las fijadas en las fechas arriba anotadas. Los pagos deben de realizarse en dólares americanos a través de efectivo o cheques bancarios y deberán de extenderse a nombre del XIV Congreso Mundial de Otorrinolaringología y Patología Cervico-Facial. y enviarlos a la Secretaría General del Congreso:

C/Velázquez, 90 - 5o. piso
28006 Madrid - España

El valor de cambio peseta-dólar es de 102.87 pesetas = 1 dólar. Cualquier cambio de la paridad de más del 10% se liquidará en el momento de la entrega de la documentación.

Los idiomas oficiales del Congreso son: Español, Francés, Alemán y Japones, habrá traducción simultánea entre estos idiomas. Los temas de las sesiones plenarias son los siguientes: 1. Hipoacusias neurosensoriales, avances, diagnóstico y tratamiento. 2. Patología rinosinusal. 3. Avances en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz. 4. Nuevas aportaciones de la inmunología en cirugía de cabeza y cuello. 5. Reconstrucción de pérdida de sustancia en cirugía de cabeza y cuello.

El programa social para esposas y acompañantes es de verdad interesante y el Congreso ofrece un gran número de diferentes actividades y de viajes pre y post- Congreso.

SOCIEDAD POLITZER

Del 4 al 9 de septiembre de 1989 en Ibiza, Islas Baleares, España se efectuará la Conferencia Internacional sobre avances en otología y otoneurocirugía, organizada por la Sociedad Politzer. Los temas principales serán: colesteatoma, reconstrucción oscicular, implantes electrónicos en el oído medio, nervio facial, implantes cocleares, enfermedad de Meniére, tumores del acústico y tumores glómicos. Informes al Instituto de Otología García Ibañez. 91 Dr. Roux - 08017 Barcelona España.

PUEBLA 89

Recordamos que el Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y cirugía de Cabeza y Cuello se celebrará del 28 de abril al 1o. de mayo de 1989 en la Colonial ciudad de Puebla, Relicario de América. Los avances en organización van en sus detalles finales y solamente se solicita que a la brevedad posible se envíen los trabajos libres para hacer de este congreso una magnífica sesión del avance académico de nuestra especialidad

GUADALAJARA 90

El Dr. Armando Gonález Romero, presidente del Comité Organizador del XL Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de

Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello nos informa que los trabajos de organización de dicho Congreso van por muy buen camino. Los días del Congreso serán seguramente recordados por todos los asistentes ha este evento y nos pide que informemos a ustedes que durante el Congreso de Puebla 89 tendrán oportunidad de conocer personalmente de estos progresos y seguramente de inscribirse a dicho evento con las ventajas que da hacerlo con anticipación.

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

1.- Los Anales de la Sociedad mexicana de Otorrinolaringología es el Organo 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 consideracón 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 titulo, resumen es español, resumen en inglés, texto, agradecimientos, referencias, tablass (cada una en página diferente), pies de figura. El autor enviará dos tantos de todo el material y çonservará 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 titulos de los autores, seguido del puesto que desempeña y sitio de trabajo. La dirección y télefono 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, cuadro o ilustraciones. El mismo es conveniente que traduzca al inglés. En ésta misma página deberán venir 4 ó 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 próposito 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 más 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 el 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 figurra. Los pies de figura se presentán 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 en 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.

XXXIX CONGRESO NACIONAL PUEBLA '89

Nuestro congreso se llevará a cabo en la Ciudad de Puebla, la cual será sede por primera vez de este evento; su excelente comunicación terrestre por medio de una super carretera de 120 km con la Ciudad de México la hacen de fácil acceso para todos los rincones de nuestra Patria. Sus monumentos coloniales e históricos, la han hecho ser nombrada Patrimonio Arqueológico de la Nación. En cuanto a las fechas de nuestro congreso, este sufrirá modificaciones por primera vez en su historia y de acuerdo a los estatutos de nuestra Sociedad. El curso pre-congreso se llevará a cabo los días 27 y 28 de abril de 1989 y el congreso se inaugurará el día viernes 28 por la noche, para continuar sábado 29, domingo 30 con una cena baile, y será clausurado el lunes 1o. de mayo con una comida de despedida a las 14.00 hrs. Dicho cambio permitirá a los asistentes al congreso, a no faltar un solo día a su trabajo institucioal o privado. Y esto aunado a la proximidad de Puebla al D.F., y a los bajos costos que existen en esta Ciudad, en comparación con otros centros de recreo, auguran una concurrencia que sobrepase los 400 inscritos.

El Hotel sede será el Hotel Mesón del Angel, y que para nuestro congreso estará totalmente redecorado. El Hotel de apoyo será el Gran Hotel de Alba; en ambos Hoteles se disponen de 150 habitaciones reservadas.

A la fecha contamos con más de 90 inscripciones, su costo actual para socios es de $300,000.00, residentes $150,000.00 acompañantes $150,000.00 y para los no socios $400,000.00, costo que será modificado de acuerdo al c.p.p.

Hemos logrado reducir precios del Hotel, los cuales son los siguientes : Habitación sencilla $109,250.00. habitación doble $147,200.00 y habitación triple $156,400.00, estos precios incluyen el IVA y estarán vigentes hasta el último día de septiembre del presente año.

En cuanto a las actividades científicas, el tema central del congreso será el Otorrinolaringólogo ante los avances tecnológicos actuales "Hacia el año 2000". Profesores extranjeros invitados y que han confirmado ya su asistencia , son los Drs. Koischi Yamashita de la Universidad Kamazawa de Japón, el Dr. Paul Ward de la Universidad de California en los Angeles, el Dr. Bruce Gantz de la Universidad de Iowa y el Dr. Douglas Dedo de West Palm Beach, Florida. Además de Profesores mexicanos de renombre internacional.

Temas tan novedosos, como la endoscopía del tubo de Eustaquio y el diagnóstico topográfico de lesiones en la inervación de las cuerdas vocales, así como temas de gran actualidad como el cuando y el cual, implante coclear utilizar o porque el auge de la Rinoplastía externa serán tratados entre otros. Cada Profesor invitado tratará seis temas con un tiempo de 30 minutos cada uno. Y se buscará un balance entre todas las áreas de nuestra especialidad, tanto las tradicionales como las más novedosas, pero buscando su relación siempre al avance tecnológico más moderno. Nuestro curso pre-congreso será de actualización en todos los campos otorrinolaringológicos, y por lo tanto será dado en un solo auditorio para que así nadie se pierda algo.

Es obvio que una inscripción temprana facilitará la preparación de nuestro congreso, beneficio global de la especialidad y te asegurará a ti el lugar que quieres en el. Para informaciones comunicarse a la SMORL. Y CCC. o a los teléfonos, 545-58--51, 250-06-97, 254-52-24 y 254-42-33 con la Srita. Leticia Arce, todas las mañanas de las 10.00 A.M. a las 14.00 hrs.

Convocatoria al Premio

"Imagen Diagnóstica en Cabeza y Cuello"

CONVOCATORIA

A partir de mayo de 1988 queda instituido el "**PREMIO**" "Imagen Diagnóstica en Cabeza y Cuello" bajo las siguientes bases.

1.- Se otorgará al mejor trabajo publicado por médico residente en la revista "Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología."

2.- El premio se otorgará al primer autor del trabajo, quien como requisito indispensable deberá ser médico residente de la especialidad de otorrinolaringología o afines, de residencia aceptadas por el Consejo Mexicano de Otorrinolaringología, no tomándose en cuenta a sus colaboradores.

3.- El premio será único y sólo se podrá declarar desierto en caso de no existir ningún trabajo publicado por médico residente en el lapso de un año, en cuyo caso el premio se otorgará al mejor trabajo presentado en el Congreso Nacional por médico residente.

4.-La aceptación y la responsabilidad de la publicación se encuentra a cargo del Sr. Dr. Editor Director de la Revista con el Comité de Redacción para lo cual deberán de seguirse las normas y requirimientos impuestos por la misma.

5.- El premio será anual, comprendiendo los periodos de publicación de Junio a Mayo del siguiente año.

6.- El premio consistirá en inscripción, viaje y viático para la persona ganadora, a la reunión anual de la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía en Cabeza y Cuello, la cual se celebrará en diferentes ciudades de la Unión Americana, anualmente y aproximadamente en el mes de octubre.

7.- El jurado será el mismo que designe anualmente el Comité Organizador de los Congresos Nacionales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía en Cabeza y Cuello, en sus trabajos científicos.

8.- Los resultados del jurado serán inapelables.

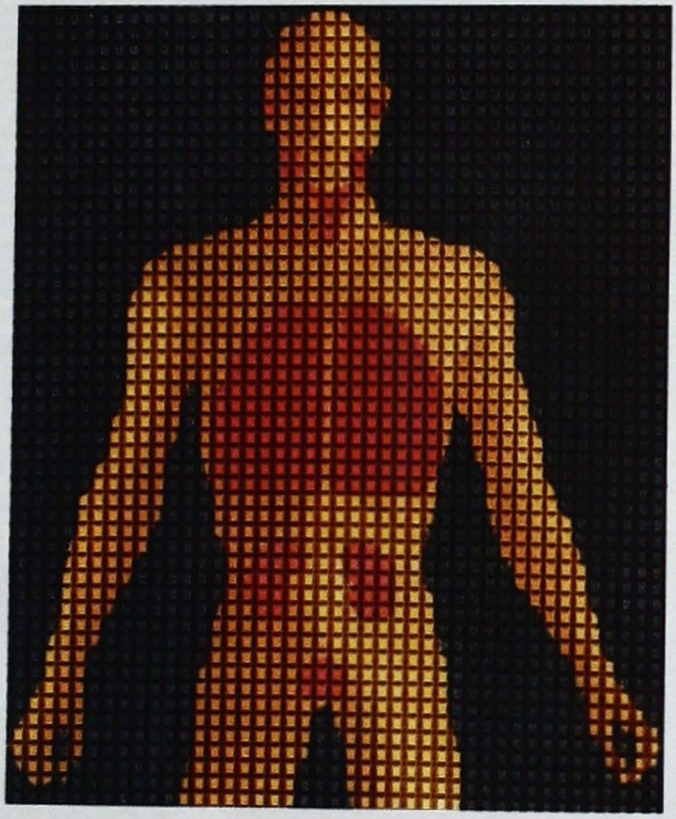
9.- Los participantes podrán ser de cualquier nacionalidad y sólo en caso de parentezco con algún jurado, este voto será suplido por el Director-Editor de la revista.

10.- El original de su trabajo deberá de ir acompañado por una carta de Jefatura de Servicio, la cual avale su situación de residencia.

ATENTAMENTE

Dr. Fernando Couto y Arcos.

Resultados desde la primera toma. Recuperación más rápida.



Beneficios del tratamiento de las infecciones comunes.

Ceporex

Cefalexina, Glaxo

Glaxo Pionero en Penicilinas; Líder en Cefalosporinas

CATAFLAM

(Diclofenaco potásico)

Descripción * **CATAFLAM** (Diclofenaco potásico) **Clase terapèutica/farmacològica:** Analgèsico y antiinflamatorio **Composición del preparado:** Acetato potàsico de o-[(2,6-diclorofenil)-amino]-fenilo (= diclofenaco potàsico), derivado del àcido fenilacètico. **Gotas:** diclofenaco adsorbido a resina correspondiente a diclofenaco potàsico. Conservador (metilparabèn y propilparabèn) Aromatizante, sacarina sòdica, excipiente para suspensión. **Formas farmacèuticas:** Grageas de 25 mg. Supositorios de 12.5 mg. y 25 mg. Gotas, suspensión de diclofenaco resinato equivalente a 15 mg de diclofenaco potàsico por ml, correspondiente a 0.5 mg por gota. **Propiedades: Farmacodinamia:** " Cataflam es un antiinflamatorio no esteroide y contiene la sal potàsica del diclofenaco. El ion sodio del diclofenaco sòdico (VOLTAREN) ha sido sustituido en el CATAFLAM por un ion potasio. Por tanto, el principio activo es el mismo que el del VOLTAREN . Este preparado posee acusadas propiedades antálgicas, antiinflamatorias y antipiréticas". En virtud de la rapidez con que se instaura el efecto, las grageas de CATAFLAM son muy adecuadas para tratar los estados dolorosos e inflamatorios agudos. Se considera importante para el mecanismo de acción la inhibición de la biosíntesis de prostaglandinas, demostrada experimentalmente. Las prostaglandinas desempeñan un papel esencial en la aparición de la inflamación, el dolor y la fiebre. En los ensayos clínicos se ha comprobado el marcado efecto analgèsico que surte CATAFLAM en los estados dolorosos de mediana gravedad. En las inflamaciones, p.ej. postraumàticas o postoperatorias, alivia los dolores espontàneos y debidos al movimiento y reduce la tumefacción inflamatoria y el edema traumàtico. Los estudios clínicos han mostrado asimismo que la sustancia activa calma los dolores en la dismenorrea primaria y que también puede disminuir la intensidad de la hemorragia. **Farmacocinètica:** El diclofenaco potàsico se absorbe ràpidamente de las grageas, los supositorios y las gòtas y està sujeto al metabolismo del primer paso. Las grageas dan lugar a concentraciones plasmàticas màximas después de 20-60 minutos, los supositorios al cabo de 40 minutos y las gotas tras 1-2 horas. La sustancia activa se fija en un 99.7% a las proteínas y la vida media plasmàtica en la fase terminal de la eliminación se eleva a 1-2 horas. Alrededor del 60% de la dosis administrada se excreta por vía renal en forma de metabolitos y menos del 1% como sustancia inalterada. El resto de la dosis se elimina en forma de metabolitos por la bilis. No se han comprobado diferencias relevantes en la absorción, el metabolismo y la excreción del fàrmaco, debidas a la edad del paciente. **Información terapèutica: Indicaciones:** Tratamiento breve de las siguientes afecciones agudas: — Estados dolorosos e inflamatorios postraumàticos, p. ej. por distorsiones. — Inflamaciones y dolores postoperatorios, p. ej. tras cirugía dental u ortopédica. — Estados dolorosos y/o inflamatorios en ginecología, p. ej. dismenorrea primaria o anexitis. —Síndromes dolorosos de la columna vertebral.—Reumatismo extraarticular. — Como coadyuvante en infecciones dolorosas e inflamatorias agudas de garganta, nariz y oídos, p. ej. faringoamigdalitis, otitis. De acuerdo con los principios médicos generales, se tomarán las medidas apropiadas para tratar la enfermedad de base. La fiebre por sí sola no es una indicación. **Contraindicaciones:** Úlcera gastroduodenal. Hipersensibilidad a la sustancia activa. Al igual que otros antiinflamatorios no esteroides, CATAFLAM está contraindicado en los pacientes que han padecido un ataque de asma, urticaria o rinitis aguda tras la administración de ácido acetilsalicílico u otros medicamentos que inhiben la prostaglandina-sintetasa. **Efectos secundarios: Tracto gastrointestinal:** En ocasiones: dolores abdominales, otras molestias gastrointestinales (p.ej. náuseas, vómitos, diarrea); irritación local (sólo con los supositorios). Raras veces: hemorragias del tubo digestivo, úlcera gàstrica o intestinal. En casos aislados: úlcera gàstrica o intestinal con perforación, molestias hipogàstricas (p.ej. colitis hemorrágica inespecífica y exacerbación de colitis ulcerativa); exacerbación de hemorroides (sólo con los supositorios). **Sistema nervioso central:** En ocasiones: cefaleas, aturdimiento, vértigo. Raras veces: fatiga. En casos aislados: trastornos de la sensibilidad o de la visión (visión borrosa, diplopía), tinnitus, insomnio, irritabilidad, convulsiones. **Piel** En ocasiones: exantemas. Raras veces: urticaria. En casos aislados: erupciones vesiculares, eccemas, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Lyell, caída del cabello, reacción de fotosensibilidad. **Riñones** En casos aislados: insuficiencia renal aguda, trastornos de la función renal (p.ej. hematuria), nefritis intersticial, síndrome nefrótico. **Hígado** Raras veces: trastornos de la función hepática, inclusive hepatitis con o sin ictericia, en casos aislados fulminante. **Sangre** En casos aislados: trombocitopenia, leucopenia, agranulocitosis, anemia hemolítica, anemia aplásica. **En otros sistemas orgánicos:** Raras veces: edemas, reacciones de hipersensibilidad (p.ej. broncospasmos, reacciones sistémicas anafilácticas o anafilactoides, inclusive hipotensión). **Precauciones, advertencias:** Se impone una indicación estricta y una estrecha vigilancia médica en los pacientes con síntomas de enfermedad gastrointestinal, antecedentes de úlcera gastrointestinal, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn y función hepática muy limitada. Debido a la importancia que revisten las prostaglandinas para mantener la irrigación renal, CATAFLAM se empleará con particular precaución en los pacientes con función cardíaca o renal menoscabada, en los que son tratados con diuréticos y en los que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores. Se retirará el preparado en los casos en que aparezcan una úlcera péptica o hemorragias gastrointestinales relacionadas con la medicación con CATAFLAM. Por razones médicas de índole básica se exige cautela en los enfermos de edad avanzada. De ordinario CATAFLAM sólo tiene que administrarse durante pocos días en las indicaciones mencionadas, pero si el tratamiento con CATAFLAM se prolonga más tiempo en contra de lo recomendado, al igual que con otros antiinflamatorios no esteroides muy activos se aconseja efectuar controles del cuadro hemático, así como de la función hepática y renal. **Mutagenicidad, cancerogenia y estudios toxicológicos sobre la reproducción** Los estudios llevados a cabo han mostrado que el diclofenaco no ejerce efectos mutágenos, cancerígenos o teratógenos. **Empleo durante el embarazo y la lactancia** CATAFLAM no se prescribirá durante la gravidez más que por razones imperiosas y a las dosis más bajas posible. Esto rige para todos los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, especialmente en los tres últimos meses de la gestación (posible inhibición de las contracciones uterinas y cierre precoz del conducto arterioso). Tras administrar dosis orales de 50 mg con intervalos de ocho horas, la sustancia activa de CATAFLAM pasa en cantidades pequeñas a la leche materna. **Efectos sobre la capacidad de conducir o manejar máquinas** Los pacientes que experimenten vértigo u otros trastornos nerviosos centrales no deberán conducir vehículos ni manejar máquinas. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción** La toma simultánea de diclofenaco y preparados a base de litio o digoxina puede elevar su nivel plasmático sin que se hayan advertido hasta ahora signos clínicos de sobredosificación. Es posible que diversos antiinflamatorios no esteroides inhiban el efecto de diuréticos y refuercen la acción de diuréticos que ahorran potasio, lo cual obliga a determinar los valores séricos del potasio. La administración al mismo tiempo de diversos antiinflamatorios sistémicos no esteroides puede favorecer la aparición de efectos colaterales. Los ensayos clínicos han aportado indicios de que el diclofenaco no influye sobre la acción de los anticoagulantes. Sin embargo, se recomienda controlar en el laboratorio si se alcanza el efecto anticoagulante deseado al administrar simultáneamente diclofenaco y anticoagulantes. Al igual que otros antiinflamatorios no esteroides, cabe que el diclofenaco a dosis altas (200 mg) inhiba temporalmente la agregación plaquetaria. Los estudios clínicos han mostrado que el diclofenaco puede administrarse junto con antidiabéticos orales sin que influya sobre su efecto clínico. Se impone precaución cuando se empleen los antiinflamatorios no esteroides menos de 24 horas antes o después de un tratamiento con metotrexato, ya que pueden elevar el nivel hemático del metotrexato y aumentar la toxicidad del mismo. **Dosificación y modo de empleo. Adultos:** la dosis inicial es de ordinario de 100-150 mg diarios. Para los casos leves y los niños mayores de 14 años suelen bastar 75-100 mg al día. La dosis diaria se repartirá siempre en dos o tres tomas. La dosificación diaria en la dismenorrea primaria es en general de 50-150 mg, según el caso individual; la dosis inicial se elegirá primero entre 50 y 100 mg, aumentándose —si es preciso— en el curso de varios ciclos menstruales hasta 200 mg al día como máximo. El tratamiento se instituirá en cuanto aparezcan los primeros síntomas y se mantendrá algunos días de acuerdo con la sintomatología. Las grageas se tomarán junto con líquidos, de preferencia antes de las comidas. **Niños:** los mayores de un año recibirán 0,5-2 mg/kg de peso al día, repartidos en dos o tres tomas, según la gravedad de la afección. Las gotas de CATAFLAM son muy adecuadas para el empleo en pediatría, ya que permiten adaptar la dosificación a su peso dentro del marco posológico recomendado para los niños (una gota = 0,5 mg). El frasco que contiene la suspensión se agitará bien antes de administrar las gotas. El frasco se mantendrá verticalmente al verter las gotas. Las grageas de CATAFLAM no son recomendables para los niños por la cantidad de sustancia activa que contienen. **Sobredosificación** El tratamiento de la intoxicación aguda con antiinflamatorios no esteroides consiste principalmente en medidas de apoyo y sintomáticas. No se conoce un cuadro clínico típico tras la sobredosificación con el diclofenaco. Las medidas terapèuticas a tomar en caso de sobredosis son las siguientes: Se impedirá cuanto antes la absorción mediante el lavado del estómago y la administración de carbón activado. Se aplicarán medidas de apoyo y sintomáticas contra las complicaciones, como hipotensión, insuficiencia renal, convulsiones, irritación gastrointestinal y depresión respiratoria. Los tratamientos específicos, como diuresis forzada, diálisis o hemoperfusión, carecen probablemente de sentido para la eliminación de los antiinflamatorios no esteroides a causa de su elevada tasa de fijación proteica y su metabolismo extensivo. **Información farmacèutica. Incompatibilidades farmacèuticas** Se desconocen. **Caducidad - Grageas:** 5 años. **Supositorios:** 3 años. **Gotas:** 3 años. **Precauciones especiales para el almacenamiento** Grageas: protéjanse del calor y de la humedad. Supositorios: protéjanse del calor y de la luz. Gotas: consérvense en sitio fresco. **Clase y contenido de los envases Grageas:** blísters de PVC. **Envases con** 12 grageas de 25 mg. **Supositorios:** envases con 5 supositorios de 12.5 mg para niños; envases con 5 supositorios de 25 mg **Gotas:** frasco de 10 ml de suspensión (1 ml equivale a 15 ml de diclofenaco potásico). **Nota concerniente a la seguridad de los niños** Los medicamentos deben conservarse fuera del alcance de los niños. * Marca registrada. Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. **Regs. Nos. 071M86, 073M84, 074M84 S.S.A. Fabricante:** CIBA-GEIGY Mexicana, S.A. de C.V. I. Méd. OBE-459/J Para mayor información dirigirse al Departamento Médico de CIBA-GEIGY Mexicana, S.A. de C.V. Calz. de Tlalpan 1779 Col. San Diego Churubusco 04120 México, D.F.

® CATAFLAM

(Diclofenaco potásico)

NIÑOS
- GOTAS
- SUPOSITORIOS DE 12.5mg

ADULTOS
- GRAGEAS DE 25mg
- SUPOSITORIOS DE 25mg

Al servicio de la relación médico-paciente

P-721

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 rinitis 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.

Ceporex

Cefalexina, Glaxo

Cápsulas, tabletas y suspensión
Antibiótico bactericida de amplio espectro

FORMULA: Cada CAPSULA contiene:
Cefalexina Glaxo 250 y 500 mg
SUSPENSION: Cada 5 ml contienen:
Cefalexina Glaxo 125 y 250 mg
Cada TABLETA contiene:
Cefalexina Glaxo 1 g

INDICACIONES: Ceporex es un antibiótico bactericida del grupo de las Cefalosporinas, activo contra una amplia gama de gérmenes Gram-positivos y Gram-negativos. Está indicado en el manejo de las siguientes condiciones, cuando sean causadas por gérmenes susceptibles:
Infecciones del tracto respiratorio
Infecciones de vías urinarias
Infecciones ginecológicas y obstétricas
Infecciones de piel y tejidos blandos
Infecciones de hueso
Sífilis y gonorrea
Infecciones dentales

ESPECTRO ANTI-BACTERIANO: CEPOREX es activo contra una amplia variedad de bacterias grampositivas y gramnegativas. Tanto las cepas de estafilococos productoras de penicilinasa como las no productoras de penicilinasa son susceptibles; sin embargo, las cepas meticilinorresistentes, raramente encontradas, habitualmente no son sensibles.
CEPOREX es muy activo contra: Streptococcus pyogenes, Diplococcus pneumoniae, Corynebacterium diphteriae y Streptococcus viridans. La sensibilidad del Strep. faecalis es muy variable. La Neisseria gonorrhoeae y N. meningitidis son altamente sensibles.
Los bacilos patógenos comunes gramnegativos son sensibles, incluyendo la mayoría de las cepas de Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis y muchas cepas de Haemophylus influenzae. La Salmonella y la Shigella spp. son también sensibles. La cefalexina es poco activa contra Proteus morganii, Proteus vulgaris o Aerobacter aerogenes. No presenta actividad contra Pseudomona aeruginosa (pyocyanea), protozoarios o virus.

DOSIFICACION:
ADULTOS: La mayoría de las infecciones responden a la dosis de 1-2 g diarios divididos en 2 a 4 tomas. Para infecciones graves o profundas, la dosis puede aumentarse a 1 g tres veces al día, o bien 1.5 g cuatro veces al día.
Sífilis: 1 g dos veces al día.
Gonorrea: HOMBRES: 3 g + 1 g de Probenecid.
MUJERES: 2 g + 0.5 g de Probenecid.
NIÑOS: 25-60 mg/kg/día, aumentando hasta 100 mg/kg/día en casos graves, sin sobrepasar 4 g al día se recomienda el siguiente esquema:
0 - 3 meses — 62.5 - 125 mg dos veces al día.
4 meses -2 años — 125 - 250 mg dos veces al día.
3-6 años — 250 - 500 mg dos veces al día.
7 - 12 años — 500 mg - 1 g dos veces al día.
Para la mayoría de las infecciones agudas, el tratamiento debe continuarse hasta dos días después de que la sintomatología ha desaparecido. En infecciones crónicas complicadas de vías urinarias y sífilis se recomienda continuar con el tratamiento durante dos semanas.
En pacientes con insuficiencia renal la dosis máxima recomendada (adultos 6 g/día y niños 4 g/día). Se deberá reducir proporcionalmente.
Pacientes adultos bajo diálisis deberán recibir 500 mg de Ceporex adicionales después de la diálisis y en el caso de niños, 8 mg/kg.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a las cefalosporinas.

PRECAUCIONES: La experiencia clínica no ha demostrado teratogenicidad por Ceporex; sin embargo, al igual que con todos los medicamentos, su empleo durante el primer trimestre del embarazo se debe hacer con precaución.
En los pacientes tratados con Ceporex, puede ocurrir una reacción falsa positiva para la glucosa en la orina, con la solución Benedict o Fehling, o con tabletas Clinitest, pero no con las pruebas enzimáticas.
Una vez reconstituida la suspensión, conserva su potencia durante 5 días a una temperatura menor de 30°C o durante 14 días debajo de 20°C (no se debe congelar).

EFECTOS SECUNDARIOS: Una pequeña proporción de los pacientes que reciben cefalexina pueden experimentar trastornos gastrointestinales, tales como náuseas, vómito, diarrea, anorexia o malestar abdominal generalizado. Como con todos los antibióticos de amplio espectro, puede aparecer superinfección (algunas veces moniliasis) y en ocasiones vulvovaginitis.
Raramente ha ocurrido neutropenia reversible en algunos pacientes. Son poco comunes las erupciones generalizadas, urticaria o erupción maculopapular generalizada, pero en pacientes alérgicos a las penicilinas no puede excluirse completamente una reacción cruzada.

SOBREDOSIFICACION: Los niveles de cefalexina se pueden reducir por medio de diálisis.

PRESENTACIONES:
Ceporex Cápsulas: Caja con 12 cápsulas de 250 mg o 500 mg.
Ceporex Suspensión: Frascos de 60 ml con 125 o 250 mg por 5 ml.
Ceporex Tabletas: Caja con 6 tabletas de 1 gramo.

Ceporex es marca registrada. Su venta requiere receta médica.
No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos.
Regs. Nos. 74500, 76240 y 131M81, S.S.A. I. Méd. NIE-1514/J

Glaxo
Pionero en Penicilinas.
Líder en Cefalosporinas

Glaxo de México, S.A. de C.V.
Centeno 132, Col. Granjas Esmeralda
09810 México, D.F.
Glaxo Holdings, Ltd.
Londres, Inglaterra

Miembro de amif

Bactrim®

Bactrim es activo contra un amplio espectro de bacterias tanto Gram-positivas como Gram-negativas: Streptococcus pyogenes, viridans, Staphylococcus aureus (aun cepas resistentes a meticilina), Diplococcus pneumoniae, Corynebacterium diphteriae, Clostridium perfringens, Escherichia coli, Proteus vulgaris, mirabilis, morganii, rettgeri, Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter, Salmonella typhi, paratyphi, typhimurium, enteritidis, Shigella dysenteriae, flexneri, boydii, sonnei, Neisseria meningitidis, gonorrhoeae, Bordetella pertussis, Vibrio cholerae, Yersinia, Serratia, Brucella, Pneumocystis carinii.

Indicaciones: Infecciones del aparato respiratorio superior: Faringitis, amigdalitis, absceso peri-amigdalino, sinusitis, otitis media o externa, mastoiditis. Infecciones del aparato respiratorio inferior: Bronquitis aguda o crónica, bronquiectasia infectada, traqueobronquitis, neumonía. Infecciones del aparato digestivo: Salmonelosis incluyendo fiebre tifoidea y paratifoidea, disentería bacilar, cólera. En algunos casos de la denominada diarrea del viajero. Infecciones Urinarias: Cistitis aguda y crónica, pielonefritis, uretritis (incluyendo a la gonocóccica), prostatitis. Infecciones de la piel y tejidos blandos: Abscesos, heridas infectadas, piodermias, furunculosis. Otras localizaciones: Septicemia, osteomielitis, peritonitis, aborto séptico, meningitis, brucelosis aguda, nocardiosis, micetoma actinomicótico, blastomicosis sudamericana.

Posología para Bactrim: niños de 12 semanas a 5 meses: 2.5 ml (1/2 cucharadita) cada 12 horas. Niños de 6 a 23 meses: 5.0 ml(una cucharadita) cada 12 horas. Niños de 2 a 5 años: 5.0 ml (una cucharadita) o 2 comprimidos para niños cada 12 horas. Niños de 6 a 11 años: 10.0 ml (2 cucharaditas) o 4 comprimidos para niños o 1 comprimido para adultos cada 12 horas. Niños mayores de 12 años y adultos: 2 comprimidos para adultos cada 12 horas. La posología para niños en este esquema equivale aproximadamente a una dosis diaria de 6 mg de TM y 30 mg de SMZ por kilogramo de peso; en los casos graves puede administrarse un 50% adicional de la dosis indicada.

Posología para Bactrim F (comprimidos oblongos): niños de 6 a 12 años: 1/2 comprimido cada 12 horas. Niños mayores de 12 años y adultos: 1 comprimido cada 12 horas. Adultos casos graves: 1½ comprimido cada 12 horas. Adultos infecciones crónicas (sostén): 1/2 comprimido cada 12 horas. Blenorragia gonocóccica: 2 comprimidos cada 12 horas únicamente durante 2 días.

Posología para pacientes con insuficiencia renal: depuración de creatinina: 30ml/minuto = dosis habitual; 15-30 ml/minuto = la mitad de la dosis habitual; < 15 ml/minuto = no se recomienda la administración.

Contraindicaciones: No debe administrarse a pacientes con hipersensibilidad conocida a las sulfamidas y/o al trimetoprim, en casos de insuficiencia hepática o renal graves, en presencia de trastornos hematológicos, embarazo, lactancia, prematuros y lactantes menores de 3 meses, deficiencia de G6F-deshidrogenasa.

Precauciones: En casos de insuficiencia renal deberán seguir las recomendaciones posológicas. Cuando se administre por tiempo prolongado deberán llevarse a cabo controles de la fórmula hematológica y en caso de que se presente alguna reducción importante se deberá suspender el medicamento. Durante el tratamiento debe mantenerse suficiente aporte de líquidos. Si durante el tratamiento se presentara exantema u otros efectos secundarios de intensidad severa, se deberá suspender el medicamento. Se ha observado una mayor incidencia de efectos indeseables y de la intensidad de los mismos en pacientes ancianos.

Efectos secundarios: A las dosis recomendadas Bactrim es bien tolerado, sin embargo pueden presentarse reacciones indeseables que en la mayor parte de los casos son de intensidad leve y transitorios: —Alérgicos: prurito, urticaria, eritema multiforme, erupción cutánea generalizada, síndrome de Stevens-Johnson, reacción anafiláctica, necrolisis epidérmica, edema periorbital, fotosensibilización. —Hematológicas: anemia megaloblástica, aplástica o hemolítica, púrpura, trombocitopenia, leucopenia, agranulocitosis, hipoprotrombinemia, metahemoglobinemia. —Gastrointestinales: glositis, estomatitis, náusea, vómito, dolor abdominal, hepatitis, necrosis hepatocelular, diarrea, colitis pseudomembranosa, pancreatitis. —S.N.C.: cefaleas, neuritis periférica, depresión, ataxia, convulsiones, tinnitus, vértigo, insomnio, apatía, fatiga, debilidad muscular. —Otras: fiebre, escalofríos, nefrosis tóxica con oliguría anuria. Debido a la estructura química similar a las tiazidas, acetazolamida y a los hipoglucemiantes orales puede presentarse hiperucemia, aumento en la diuresis o hipoglucemia; cuando se administran sulfonamidas, también puede presentarse sensibilidad cruzada con los mismos agentes.

Interacciones: Puede potenciar el efecto de anticoagulantes orales y fenitoína cuando se administra conjuntamente; también puede requerirse el ajuste de fármacos hipoglucémicos. Se ha observado una alta indicencia de trombocitopenia con púrpura en pacientes ancianos tratados concomitantemente con algunos diuréticos (tiazidas principalmente). Los analgésicos potencian el efecto de las sulfamidas. Los efectos psicotóxicos del alcohol son potenciados por la sulfamidas.

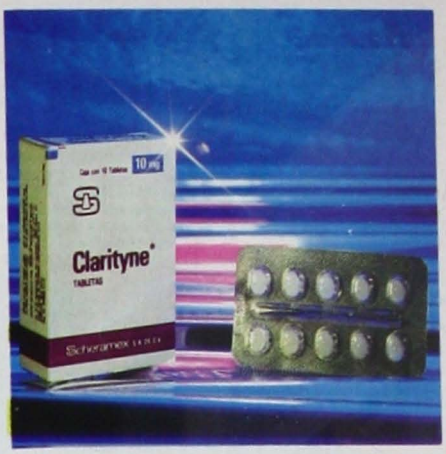
Presentaciones y fórmulas cuantitativas: Bactrim comprimidos para adultos: Caja con 20, cada comprimido contiene: 80 mg de Trimetoprim y 400 mg de Sulfametoxazol. Comprimidos para niños: Caja con 20, cada comprimido contiene: 20 mg de Trimetoprim y 100 mg de Sulfametoxazol. Suspensión: Fco. con 100 ml, cada 5 ml (una cucharadita) contiene: 40 mg de Trimetoprim y 200 mg de Sulfametoxazol. Bactrim F comprimidos oblongos: Caja con 20, cada comprimido contiene: 160 mg de Trimetoprim y 800 mg de Sulfametoxazol.

Regs. Nos. 73362, 73349 y 145M79 S.S.A. 161

Su venta requiere receta médica ® = Marca Registrada
Literatura exclusiva para médicos I. Méd. MLE-2112/J

Productos Roche, S.A. de C.V.
Av. Universidad 902
C.P. 03310 - México, D.F.

ROCHE ciencia y conciencia de investigación



CLARITYNE®
LORATADINA

Tabletas. **Antihistamínico no sedante, de acción prolongada.**

INFORMACION MINIMA PARA PRESCRIBIR DESCRIPCION. Cada Tableta de CLARITYNE contiene 10 mg de loratadina micronizada y almidón, lactosa y estearato de magnesio como ingredientes inactivos. **ACCIONES:** Loratadina es un antihistamínico triciclico, de acción prolongada, con actividad selectiva, antagónica a los receptores H_1 periféricos. **INDICACIONES Y USO:** CLARITYNE Tabletas está indicado para el alivio de los síntomas asociados con rinitis alérgica, inclusive estornudos, secreción nasal (rinorrea) y prurito, así como prurito y ardor oculares. Los signos y síntomas oculares y nasales son aliviados rápidamente después de la administración oral. CLARITYNE Tabletas también está indicado para el alivio de los síntomas y señales de urticaria crónica y otras afecciones dermatológicas alérgicas. * Marca de Fábrica Schering Corporation, Kenilworth, N.J. U.S.A. **POSOLOGIA Y ADMINISTRACION: Adultos y niños de 12 años y mayores:** Una tableta de CLARITYNE una vez al día. **Niños mayores de 6 años y menores de 12 años de edad con peso corporal de 30 kg o más:** Una tableta de Clarityne una vez al día. **INTERACCIONES FARMACOLOGICAS:** Cuando se administra concomitantemente con alcohol, Loratadina no ejerce efectos potenciantes, como lo demuestran las mediciones hechas en estudios del desempeño psicomotor. **Interacciones farmacológicas en pruebas de laboratorio:** El tratamiento con CLARITYNE debe suspenderse aproximadamente 48 horas antes de efectuar cualquier tipo de prueba cutánea, ya que los antihistamínicos pueden impedir o disminuir las reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica. **REACCIONES ADVERSAS:** Fatiga, sedación, dolor de cabeza y sequedad de boca fueron comunicadas ocasionalmente. **CONTRAINDICACIONES:** CLARITYNE Tabletas está contraindicado en pacientes que han demostrado hipersensibilidad a sus componentes y en niños menores de 6 años. **PRECAUCIONES:** Aún no se ha establecido la seguridad y eficacia de CLARITYNE Tabletas en niños menores de 6 años. **USO DURANTE EL EMBARAZO Y EN MADRES LACTANTES:** No se ha establecido si el uso de CLARITYNE Tabletas puede acarrear peligros durante el embarazo. Por lo tanto el compuesto debe usarse solamente si los beneficios potenciales para la madre justifican el riesgo potencial para el feto. **PRESENTACION:** CLARITYNE TABLETAS: Caja con 10 tabletas de 10 mg. Almacénese entre 2° y 30°C.

Bibliografía:

1. Datos en los archivos, Schering International, Kenilworth, N.J. **2.** Howarth PH, Emanuel MB, Holgate ST: Astemizole, a potent histamine H_1 receptor antagonist: Effect in allergic rhinoconjunctivitis, on antigen and histamine induced skin wheal responses and relationship to serum levels. Br J Clin Pharmacol 1984; 18:1-8. **3.** Murphy-O'Connor JC. Renton RL, Westlake DM: Comparative trial of two dose regimens of terfenadine in patients with hay fever, J Int Med Res 1984; 12:333-337.

Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños.
Reg. No. 045M88 S.S.A. I. Méd OEE-930/J

Scheramex S.A. DE C.V.
Av. 16 de Septiembre No. 301
Xaltocan, Xochimilco, México, 16090 D.F.

Are-19388-CLE

RINITIS

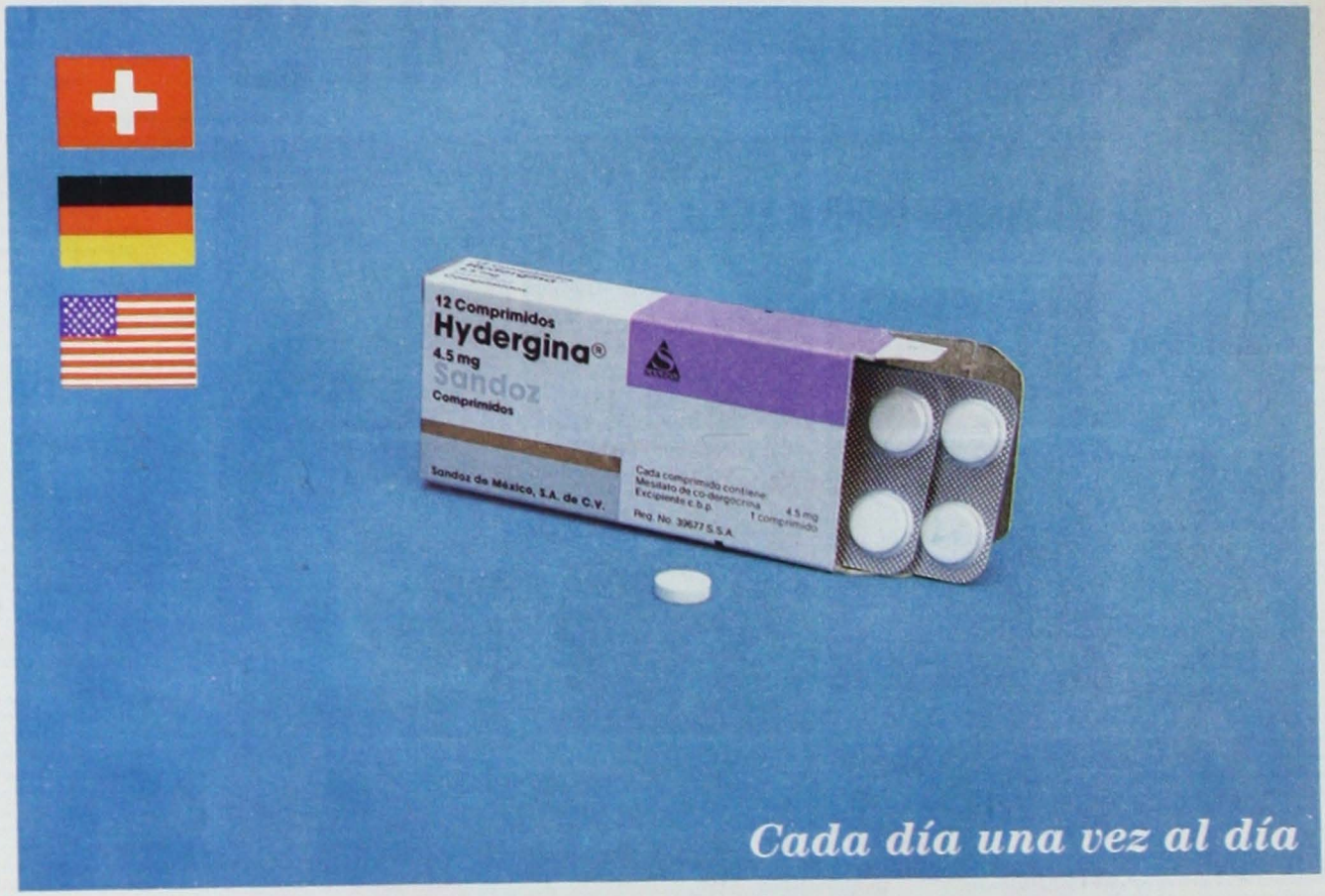
BECONASE

(Dipropionato de Beclometasona)

Los mejores resultados se han obtenido prescribiendo 2 inhalaciones en cada fosa nasal, 2 veces al día, por 3 semanas consecutivas. [1-2]

Glaxo

HYDERGINA® 4.5 mg.



COMPOSICION: Mesilato de Co-dergocrina
COMPRIMIDOS: 4.5. mg. ó 1.5 mg.
SOLUCION: 1.0 mg por ml
AMPOLLETAS DE 1 ML: 03. mg por 1 ml.

PROPIEDADES:

Los estudios en animales indican que **HYDERGINA** modifica la neurotransmisión cerebral; hay pruebas disponibles de un efecto estimulante sobre los receptores de la dopamina y la serotonina y de un efecto bloqueador sobre los α -adrenorreceptores. Asimismo, mejora la función metabólica cerebral dañada, efecto que se refleja en los cambios de la actividad eléctrica del cerebro, principalmente por el aumento de la actividad eléctrica registrada en el electroencefalograma.

Este efecto benéfico en el EEG ha sido confirmado por estudios experimentales en el hombre. También se ha observado que **Hydergina** acorta el tiempo de circulación cerebral.

Los estudios clínicos controlados han demostrado que **Hydergina** es eficaz mejorando muchos síntomas de deterioro mental, especialmente los relacionados con la edad, en las áreas de cuidado personal, conducta social, estado emocional y rendimiento mental.

Hydergina también tiene un efecto estabilizador en el tono de los vasos craneales, lo que es de tomarse en cuenta para su efecto profiláctico en migraña.

Su efecto benéfico en trastornos vasculares periféricos y sobre los síntomas subjetivos asociados a la hipertensión arterial, se considera que es debido a su efecto dilatador en los esfínteres precapilares y a su actividad bloqueadora de los α-receptores.

INDICACIONES:

- Síntomas y signos de deterioro mental, especialmente los relacionados con el envejecimiento: mareos, dolor de cabeza, disminución de la capacidad de concentración, desorientación, trastornos de la memoria, falta de iniciativa, humor depresivo, insociabilidad, dificultades en la las actividades cotidianas y cuidado personal.
- Enfermedad cerebrovascular aguda.
- Migraña y cefaleas vasculares (únicamente tratamiento preventivo).
- Trastornos vasculares periféricos.
- Síntomas subjetivos asociados con hipertensión arterial.

DOSIS ORAL:

Comprimidos 4.5 mg: Un comprimido en dosis única-diaria, de preferencia antes del Desayuno.
Comprimidos 1.5 mg: Un comprimido 3 veces al día de preferencia antes de las comidas.
Gotas: 30 gotas 3 veces al día, de preferencia antes de las comidas.

En pacientes con deterioro mental o con migraña, la mejoría suele ser gradual y llega a manifestarse después de 3 ó 4 semanas. La administración prolongada (3 meses o más) es la indicada y el curso del tratamiento puede repetirse en caso necesario.

PARENTERAL:

- En trastornos cerebrovasculares (especialmente cuando se acompaña de hipertensión arterial) la administración por vía parenteral está indicada inicialmente además del tratamiento por vía oral: 0.3 mg (1 ml) de **Hydergina** por vía i.v. en goteo o inyección intravenosa lenta (en 20 ml de solución de dextrosa o salina) una o dos veces por semana. En forma alternada, 0.3 mg (1 ml) por vía intramuscular o subcutánea una vez o varias veces al día.
- En casos graves de enfermedades vasculares periféricas, 0.3 a 0.6 mg (1 a 2 ml) intramuscular o subcutánea una o dos veces al día, además del tratamiento por vía oral. Si fuese necesario se puede administrar **Hydergina** por vía intraarterial (0.3 a 0.6 ml) = 1 a 2 ml, diluida de preferencia en 10-20 ml de solución salina.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad conocida a la droga.

PRECAUCIONES:

- Se requiere cuidado en presencia de bradicardia grave.
- Se debe controlar la presión arterial después de administrar **Hydergina** por vía parenteral, puesto que puede ocurrir un descenso de la misma.

EFECTOS SECUNDARIOS:

Sensación de obstrucción nasal; ocasionalmente pueden presentarse náusea transitoria y malestar gástrico, pero suelen evitarse tomando la droga con los alimentos. En la mayoría de los casos, los efectos colaterales desaparecen sin que se tomen medidas específicas.

PRESENTACIONES:

Hydergina comprimidos 4.5 mg:	Envase con 12.	Reg. No. 39677 S.S.A.
Hydergina comprimidos 1.5 mg:	Envase con 24.	Reg. No. 39677 S.S.A.
Hydergina Solución:	Frasco con 20 ml	Reg. No. 37609 S.S.A.
Hydergina Ampolletas:	Caja con 6 amp. de 1 ml	Reg. No. 37575 S.S.A.

"Literatura exclusiva para médicos" "Su venta requiere receta médica"

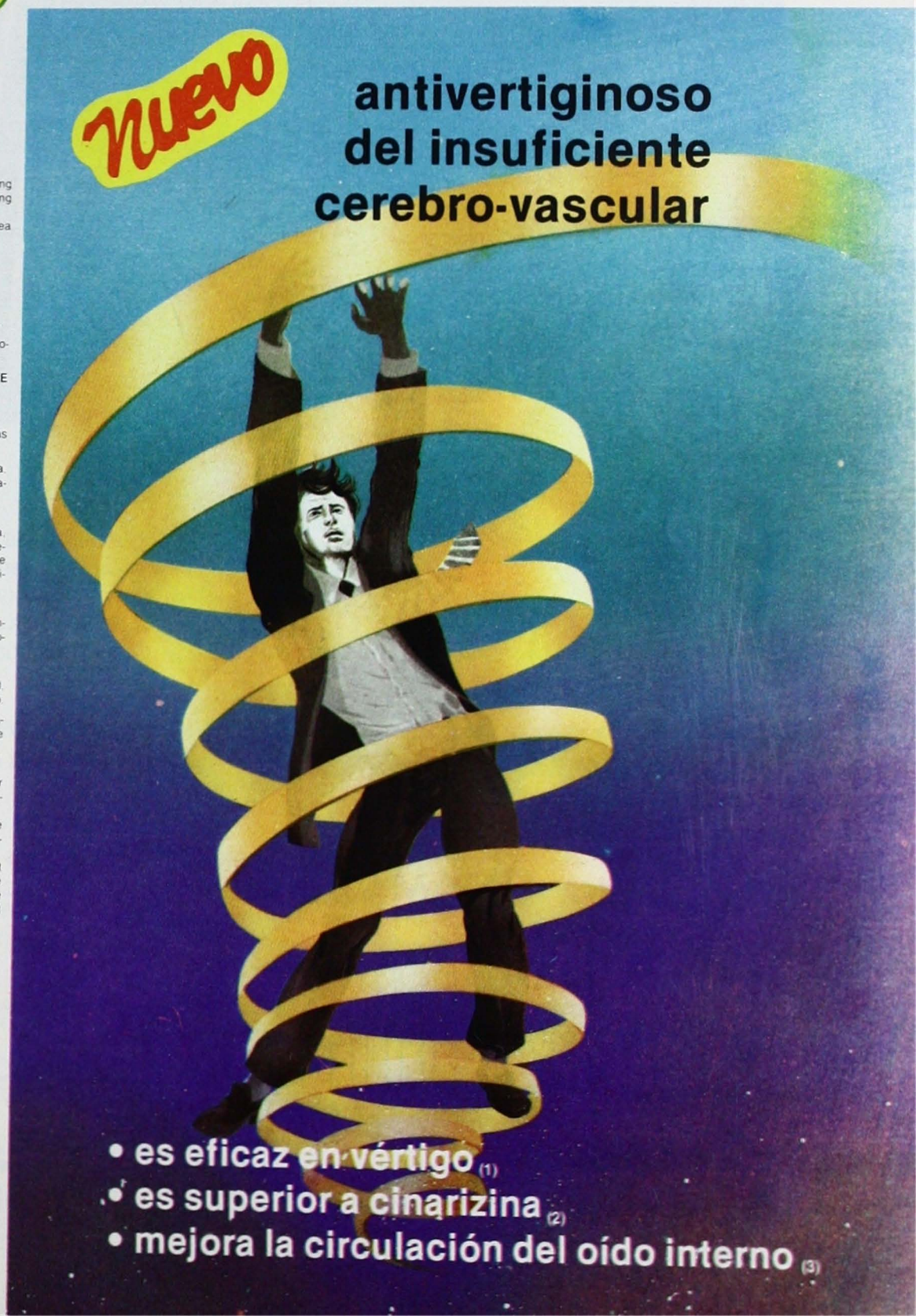
I. Méd. NCE-633/J

Sandoz de México, S.A. de C.V.
San Lorenzo 712 Col. del Valle
C.P. 03100 Deleg. Benito Juárez
México, D.F.

SANDOZ

Cervilan®

lomifilina + dihidroergocristina



PRESENTACION Y FORMULA:
Caja con 30 grageas en envase de burbuja
Cada gragea contiene:

lomifilina	80.0 mg
Dihidroergocristina (en forma de mesilato)	00.8 mg
Excipiente c.b.p.	1 gragea

NDICACIONES:
En el vértigo de origen vascular, así como:
Síndrome de Meniére
Laberintitis aguda
Vértigo posicional agudo
Vértigo por hiperventilación
Vértigo postraumático
Síndrome neurosensorial por insuficiencia vertebro-basilar.

OSIS, VIA DE ADMINISTRACION Y MODO DE MPLEO:
Dosis: 3 grageas al día
Vía de administración: Oral
Modo de empleo: De preferencia durante las comidas

FECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES:
porádicamente pudiera presentarse: Visión borrosa, otensión ortostática, sensación de congestión nasal, cefalea, rash cutáneo, rubefacción.

ONTRAINDICACIONES:
persensibilidad a los componentes de la fórmula, otensión arterial severa, psicosis aguda, daño hepático o renal, bradicardia, alergia a los alcaloides de rnezuelo, pacientes con coronariopatías; primer trimestre del embarazo.

TERACCIONES MEDICAMENTOSAS:
ebe evitarse la utilización concomitante con troleanmicina, ya que ésta puede interferir con el metabomo hepático de la lomifilina.

ECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:
esar de no haber evidencia de la teratogenicidad, debe indicarse en la mujer embarazada o lactando.
n cuando Cervilan® demostró durante la experimenión preclínica, propiedad antihipertensiva, no debe icarse como sustituto en hipertensión arterial.

BLIOGRAFIA:
Dr. A. Checoury-Henneton: Bilan d'une etude sur 3,857 patients traités par Cervilan durent 18 semaines. Concours Medical du 15 Novembre 1980.
Pr. Bordes: Etude en double insu Cervilan contre Cinarizine 75 mg. Gazette Medicale de France. Tome 88, No. 18 du 15.5.81.
Dr. B. Poletto, O. Mantel: Etude en double insu et permutation croisse en pharmacologie clinique comparative entre Cinarizine et una association de lomiflyline et de DHEC. La Vie Medicale du 3 Juillet 1980.

Marca Registrada
enta requiere receta médica
se deje al alcance de los niños
ratura exclusiva para médicos
No. 0281 M 80 S.S.A.

Mdf. 360-88
ed.: NCE 550/J

ROUSSEL
GRUPO ROUSSEL, S.A. DE C.V.
Av. Universidad No. 1738
C.P. 04000 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 ban da 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

El antihistamínico no sedante más rápido

El alivio comienza en 30 minutos

Con CLARITYNE, la mayoría de los pacientes comienzan a sentir alivio de los síntomas dentro de los 30 minutos después de administrar la primera dosis[1]... más rápida que astemizol[2] y que terfenadina[3].

Alivio con administración una vez al día

Alivio sin sedación

Sin interacción con alimentos

NUEVO

ANTIHISTAMINICO NO-SEDANTE

CLARITYNE*

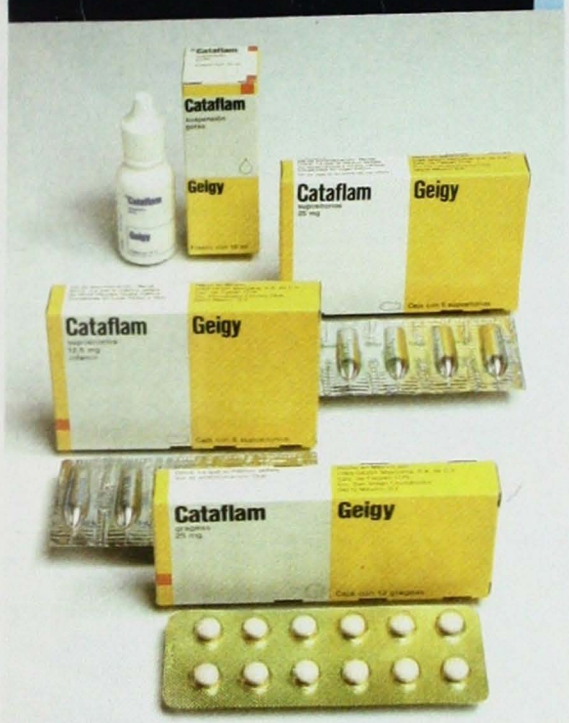
LORATADINA 10 mg UNA VEZ AL DIA

Su venta requiere receta médica.
No se deje al alcance de los niños.
Reg. No. 045M88 S.S.A.
I. Méd. OEE-930/J.
Literatura exclusiva para médicos.

Scheramex S.A. DE C.V.

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

Are-19388-CLE



®CATAFLAM

(Diclofenaco potásico)

ANTIINFLAMATORIO–ANALGESICO

CIBA–GEIGY

Referencias:
1. Gibson G.J. Maberly D.J., Lal S., Ali MM and Butler AG.: Double blind, crossover trial comparing intranasal beclomethasone dipropionate and placebo in perennial rhinitis, B.R.Med. J. 4:503-504, 1974.
2. Hansen I. and Mygind N: Local effect of intranasal beclomethasone dipropionate aerosol in perennial rhinitis. Acta Allergologica. 29:281-287, 1974.

BECONASE

(Dipropionato de Beclometasona)

- Ejerce efecto local exclusivamente, sin actividad sistémica.
- Control las 24 horas con sólo 2 aplicaciones.
- Diseñado para proporcionar la dosis exacta.
- Fácil de llevar, fácil de aplicar.
- Efectivo

BECONASE Suspensión
Aerosol con dosificador

Antiinflamatorio nasal
Para el tratamiento y profilaxis de la rinitis alérgica.

BECONASE aerosol contiene dipropionato de beclometasona como una suspensión de finas partículas en propelentes líquidos.

FORMULA: Cada 100 g contiene:

Dipropionato de beclometasona	0.143 g
Vehículo, c.b.p.	100 g

El dipropionato de beclometasona, BECONASE aerosol, es un corticoesteroide sintético para uso tópico, con actividad antiinflamatoria.

BECONASE aerosol alivia y previene los síntomas nasales de la rinitis alérgica tales como bloqueo nasal, hipersecreción y estornudos, haciendo innecesario, en la mayoría de los casos, el uso de descongestivos y antihistamínicos.

BECONASE aerosol es diferente de otros preparados con corticosteroides, debido a que el dipropionato de beclometasona es activo en la mucosa nasal, a dosis que no tienen actividad sistémica.

INDICACIONES: BECONASE aerosol está indicado para el tratamiento y profilaxis de la rinitis alérgica estacional (fiebre del heno), rinitis perenne, y rinitis vasomotora inespecífica.

Manejo clínico: El efecto terapéutico de BECONASE aerosol no es inmediato, la mejoría se obtiene utilizándolo regularmente y de manera continua. Esta condición deberá ser explicada al paciente con la finalidad de asegurar su cooperación en el tratamiento.

En los pacientes que padecen rinitis alérgica estacional es conveniente instaurar el tratamiento con BECONASE aerosol antes de que comience la etapa alergénica. Sin embargo, si el tratamiento se inicia cuando la rinitis ya se ha manifestado, en pocos días desaparecerá la sintomatología en la mayoría de los pacientes.

El BECONASE aerosol controla la rinitis estacional pero durante el verano cuando el paciente se expone a alergenos, puede ser necesario que se utilice una terapia específica para controlar los síntomas oculares.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al dipropionato de beclometasona.

PRECAUCIONES: Debe tenerse cuidado al transferir a pacientes que están recibiendo corticosteroides sistémicos al tratamiento con BECONASE aerosol, principalmente si hay alguna razón para suponer que su función adrenal esta afectada. Las infecciones de los pasajes nasales y los senos paranasales si son tratadas apropiadamente no constituyen una contraindicación específica para el tratamiento con BECONASE aerosol. La administración innecesaria de medicamentos durante el embarazo en el primer trimestre no es recomendable.

REACCIONES SECUNDARIAS: Extremadamente raros casos de perforación del septum nasal han sido reportados, pero ocasionalmente se han raportado ataque de estornudos que se presentan inmediatamente después de la aplicación del aerosol.

DOSIS Y ADMINISTRACION: BECONASE sólo deberá administrarse por vía nasal. La dosis recomendada es de dos aplicaciones en cada fosa nasal, dos veces al día (400 mcg diarios). Para algunos pacientes puede ser preferible un régimen de una aplicación en cada fosa nasal, tres o cuatro veces al día.

La administración total no debe excederse de 8 aplicaciones diarias.

Para lograr un beneficio terapéutico total, el uso regular es indispensable. La mejoría clínica se observa a partir de la primera semana de empleo, por lo que no deberá descontinuarse el tratamiento antes de este tiempo.

No se recomienda el uso de este producto en pacientes menores de 6 años.

PRESENTACIONES: BECONASE aerosol se presenta en envase diseñado especialmente para aplicación intranasal y provisto de válvula dosificadora que libera 50 mcg del principio activo cada vez que se acciona.

Cada envase de BECONASE aerosol suministra 200 aplicaciones.

PRECAUCIONES FARMACEUTICAS: BECONASE aerosol debe ser almacenado entre 2 y 30°C. y protegido de la congelación y la luz directa del sol. El frasco aerosol no debe ser perforado, roto o expuesto al fuego cuando esté vacío.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS
SU VENTA REQUIERE RECETA MEDICA
REG. NO. 87217 S.S.A. I. MED. OGE-1213/J

Glaxo

GLAXO DE MEXICO, S.A. DE C.V.
Centeno No. 132 Col. Granjas Esmeralda
09810 México, D.F.
Glaxo Holdings Ltd. Londres, Inglaterra

Miembro de:
amif

Mucosolvan*

el tercer factor

En bronquitis aguda y crónica...

Estimula la producción del surfactante

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

BIBLIOGRAFIA: 1) Iravani, J.; Melville, G.N.: Mucociliary function of the respiratory tract as influenced by drugs. Respiration 31, 350-357 (1974). 2) Bertoli L., Rizzato G. Baufi F. Possa M., Magri G. Lo Cicero S.: Action of ambroxol on mucociliary clearance. Elsevier Science Publishers B.V. Pulmonary Surfactant system E.V. Cosmi and E.M. Scarpelli eds. 1983. 3) Lachmann B.: THE EFFECT OF AMBROXOL IN NEWBORN AND ADULT ANIMALS WITH SURFACTANT DEFICIENCY. Elsevier Science Publishers B.V. pulmonary Surfactant System, E.V. Cosmi and E.M. Scarpelli eds. 1983. 4) Curti P.C.: Aumento de la producción de surfactante alveolar por el ambroxol. Pneumologie 147: 62-74, 1972.

INDICACIONES: MUCOSOLVAN está indicado en 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 en Bronquitis Aguda, Bronquitis Asmatiforme, Asma Bronquial, Bronquiectasias, Sinusitis, Neumonías, Bronconeumonías, Atelectasia por Obstrucción Mucosa, Traqueostomía y Pre y Post-Operatorio en especial en Cirugía Geriátrica.
MUCOSOLVAN* Solución Oral, Comprimidos y Gotas puede administrarse asociado con antibióticos, broncodilatadores y con cualquier fármaco de uso común en el tratamiento de las patologías de las vías aéreas.
MUCOSOLVAN* Retard está indicado en 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, Rinitis, Sinusitis, Traqueostomías y Pre y Post-Operatorio y en especial en Cirugía Geriátrica.
MUCOSOLVAN RETARD puede administrarse asociado con antibióticos, broncodilatadores, y con cualquier fármaco de uso común en el tratamiento de las patologías de las vías aéreas.

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES: Aunque no ha sido demostrada la acción teratogénica, siguiendo normas internacionales no se recomienda su empleo durante los primeros tres meses del 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.

FORMULA: Solución c/100 ml: Clorhidrato de Ambroxol 0.300 g. Comprimidos: c/comp. contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.030 g. Solución inyectable: c/ampta. 2 ml contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.015 g. Retard: cada cápsula contiene 0.075 g de Clorhidrato de Ambroxol. Gotas: cada ml contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.0075 g.

ADMINISTRACION Y DOSIS: MUCOSOLVAN* SOLUCION: Adultos: Los dos o tres primeros días del tratamiento 2 cucharaditas tres veces al día, luego una cucharadita (5 ml) tres veces al día. Niños hasta 2 años: ½ cucharadita (2.5 ml) dos veces al día. Niños de 2 a 5 años: ½ cucharadita (2.5 ml) tres veces al día. Niños mayores de 5 años: una 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 intramuscular o por Venoclisis: Mayores de 12 años y adultos: 1 ampolleta cada 8 horas. Niños menores de 2 años: ½ ampolleta cada 12 horas. Niños de 2 a 5 años: ½ ampolleta cada 8 horas. Niños mayores de 5 años: 1 ampolleta cada 8 a 12 horas. Al inicio del tratamiento puede duplicarse la dosis mencionada. La dosis pediátrica es de 1.2 a 1.6 mg/kg/día.
MUCOSOLVAN* RETARD: Mayores de 12 años y adultos: 1 cápsula al día por la mañana o por la noche.
MUCOSOLVAN* GOTAS: Niños hasta 2 años: 1 ml (20 gotas) 2 veces al día. Niños de 2 a 5 años: 1 ml (20 gotas) 3 veces al día.
Tiempo de tratamiento: de 7 a 10 días a criterio del médico.

REACCIONES SECUNDARIAS: Trastornos Gastrointestinales como diarrea, náusea, vómito. Cefalea.

INTERACCION MEDICAMENTOSA: MUCOSOLVAN* Sol. Oral, Comp., Retard y Gotas pueden ser auministrados 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 cardiacos, diuréticos, corticoesteroides y broncodilatadores.
MUCOSOLVAN INYECTABLE se puede administrar por venoclisis o mezclado en soluciones fisiológicas o glucosadas al 5 y 10% o en solución de Ringer.
MUCOSOLVAN Inyectable-no se debe mezclar con soluciones alcalinas, para evitar el enturbiamiento o precipitación de la solución.
MUCOSOLVAN Inyectable es incompatible para mezclar en la misma jeringa con cualquiera de los siguientes antibióticos: cefadrina, cloramfenicol, ampicilina, rifampicina y fosfomicina.
MUCOSOLVAN Inyectable es compatible con soluciones obtenidas con otros antibióticos, por no ser alcalinas, como cefotaxima, gentamicina, tobramicina, amikacina, kanamicina, tianfenicol y carbenicilina.

PRESENTACIONES: Solución con 120 ml. Comprimidos con 20. Solución Inyectable caja con 10 ampolletas de 2 ml. Retard caja con 10 cápsulas de liberación prolongada. Gotas frasco con 30 ml. Vía de administración: Oral o I.M. o en Venoclisis. Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos. Regs. Nos.: 005M83, 100M83, 101M83, 028M84 y 101M85 S.S.A. *Marca Reg. I. Med. Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

MUCOSOLVAN RETARD
Fabricado por Dr. Karl Thomae GMBH
Biberach An Der Riss
Alemania
Envasado en México por
Promeco, S.A. de C.V.
I. Méd. NIE – 1610/J

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

Keduril

SOLUCION A LOS SINTOMAS

En vías respiratorias...
Dolor, fiebre, inflamación
molesta sintomatología

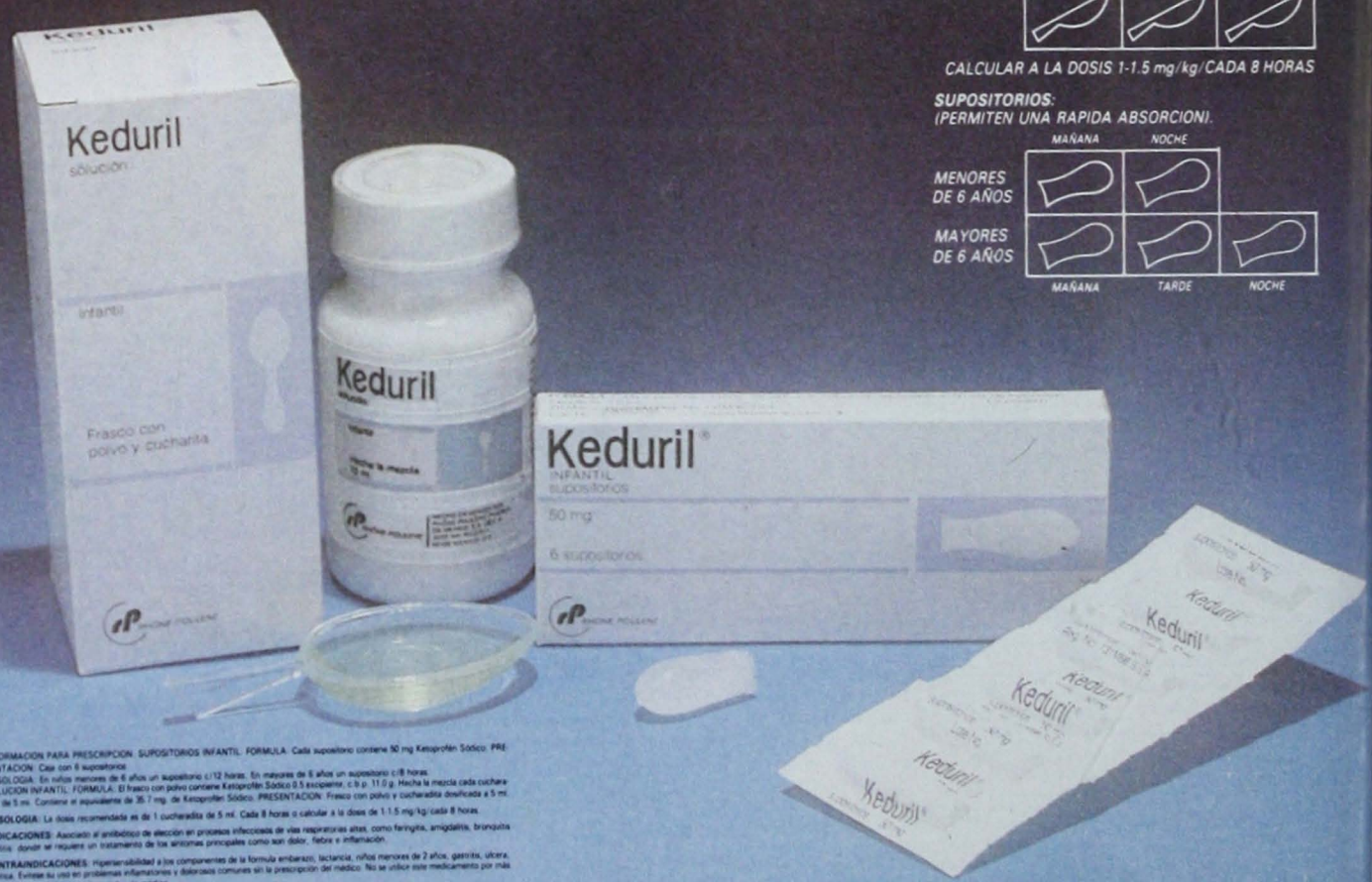
Asociado al antibiótico de elección

POSOLOGIA:

SOLUCION:
(AGRADABLE SABOR A LIMA-LIMON QUE GARANTIZA UNA MEZCLA HOMOGENEA).

CALCULAR A LA DOSIS 1-1.5 mg/kg/CADA 8 HORAS

SUPOSITORIOS:
(PERMITEN UNA RAPIDA ABSORCION).



INFORMACION PARA PRESCRIPCION: SUPOSITORIOS INFANTIL: FORMULA: Cada supositorio contiene 50 mg Ketoprofén Sódico. PRESENTACION: Caja con 6 supositorios.
POSOLOGIA: En niños menores de 6 años un supositorio c/12 horas. En mayores de 6 años un supositorio c/8 horas.
SOLUCION INFANTIL: FORMULA: El frasco con polvo contiene Ketoprofén Sódico 0.5 excipiente, c.b.p. 11.0 g. Hecha la mezcla cada cucharadita de 5 ml. Contiene el equivalente de 36.7 mg. de Ketoprofén Sódico. PRESENTACION: Frasco con polvo y cucharadita dosificada a 5 ml.

POSOLOGIA: La dosis recomendada es de 1 cucharadita de 5 ml. Cada 8 horas o calcular a la dosis de 1.1.5 mg/kg/cada 8 horas.

INDICACIONES: Asociado al antibiótico de elección en procesos infecciosos de vías respiratorias altas, como faringitis, amigdalitis, bronquitis y otitis donde se requiere un tratamiento de los síntomas principales como son dolor, fiebre e inflamación.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la formula embarazo, lactancia, niños menores de 2 años, gastritis, ulcera, psoriasis. Evítese su uso en problemas inflamatorios y dolorosos comunes sin la prescripción del medico. No se utilice este medicamento por más de 5 días si no es bajo estricta vigilancia medica.

REACCIONES SECUNDARIAS: KEDURIL es bien tolerado en general sin embargo en algunos casos aislados pudiera presentarse gastralgias de tipo ardoroso náuseas y vómito ocasionales. Se recomienda precaución ante la presencia de antecedentes digestivos como úlcera gastroduodenal, gastrectomía y portadores de hernia hiatal.

BIBLIOGRAFIA A SOLICITUD DEL MEDICO
REG. No. 227487 S.S.A. REG. No. 131488 S.S.A.
KNA INF-TC-1B

Literatura exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica
I. Med. NLE- 2266/J

RHONE POULENC PHARMA
DE MEXICO S.A. DE C.V.
MATIAS ROMERO No. 216
03100 MEXICO D.F.

NUEVO

TRINALIN[MR]

REPETABS[MR]
JARABE

(Maleato de azatadina y sulfato de pseudoefedrina)

Triple sitio de acción contra la congestión por alergia y resfriado

1 Inhibe la liberación de histamina, serotonina y bradiquinina

2 Bloquea los receptores de histamina y otros mediadores de la alergia

3 Vasoconstricción para aliviar la congestión

Acción por acción, síntoma por síntoma

NUEVO

TRINALIN[MR]

REPETABS[MR]
JARABE

(Maleato de azatadina y sulfato de pseudoefedrina)

TRINALIN® REPETABS® JARABE (Maleato de azatadina y sulfato de pseudoefedrina). Antihistaminico-descongestivo de Acción prolongada. **FORMULA: TRINALIN REPETABS** grageas contiene 1 mg de maleato de azatadina en la cubierta externa de la gragea y 120 mg de sulfato de pseudoefedrina distribuidos en partes iguales entre el revestimiento externo y el nucleo central de la gragea. **TRINALIN JARABE** contiene en cada 5 ml, 1 mg de maleato de azatadina y 30 mg de sulfato de pseudoefedrina. **ACCIONES:** El maleato de azatadina es un antihistaminico de acción prolongada, con propiedades antiserotoninica y anticolinérgica. La pseudoefedrina, es un vasoconstrictor oral que produce un efecto descongestivo gradual y sostenido, de la mucosa de las vias respiratorias superiores. **INDICACIONES Y USO: TRINALIN** está indicado para el alivio de síntomas de congestión de la mucosa de las vias 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 5 ml 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 monoaminooxidasa (MAO) prolongan e intensifican el efecto de los antihistaminicos. El uso simultáneo de antihistaminicos con alcohol, agentes antidepresivos tricíclicos, barbitúricos u otros depresores del sistema nervioso central puede potenciar sus efectos. Los antihistaminicos pueden inhibir la acción de los anticoagulantes orales. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Los efectos secundarios más comunes son: sedación, somnolencia, mareos, falta de coordinación, malestares epigástricos y espesamiento de las secreciones bronquiales. **CONTRAINDICACIONES: TRINALIN** no debe ser administrado a recién nacidos y prematuros, a mujeres que se hallen amamantando, pacientes con glaucoma de ángulo estrecho o con retención urinaria y en enfermos bajo tratamiento con inhibidores de la MAO, pacientes con hipertensión, enfermedad grave de las arterias coronarias, hipertiroidismo o en aquellos que han demostrado hipersensibilidad o reacciones de idiosincrasia natural a los componentes del producto y a agentes adrenérgicos. **PRECAUCIONES: TRINALIN** debe ser usado con precaución en pacientes con glaucoma, úlcera péptica estenosante, obstrucción pilioroduodenal, 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 2 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 60 ml. Almacénese entre 2° y 30°C. Reg. Nos. 178M87, 179M87 S.S.A.

Scheramex
S.A. DE C.V.

Av. 16 de Septiembre No. 301
Xochimilco, D.F.

Literatura exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica
I. Méd. NGE-1205/J
ARE-23887-TRN

Manténgase fuera del alcance de los niños

Lampicin*

Fórmula:
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 ámpula contiene 250 o 500 o 1000 mg de Ampicilina Sódica.

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 oxalacetica 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 ámpula con 250 mg Agua inyectable 2 ml.
Frasco ámpula con 500 mg Agua inyectable 2 ml.
Frasco ámpula 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.
Vía Lic. Isidro Fabela No. 1536 Nte.
50030 Toluca de Lerdo, Méx.
* Marcas Registradas
LAM-287 I. Med. NBE-286/J
Su venta requiere receta médica
Literatura exclusiva para médicos

NUEVO

Lampicin*

La ampicilina Lakeside*

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

* British National Formulary 1984