

ANALES

DE LA SOCIEDAD MEXICANA
DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL



PAGINA DEL DIRECTOR..... 13

- * Valuación de incapacidad ocasionadas por hipoacusia de origen profesional.

Dr. Miguel Arroyo Gūijosa..... 16

- * Algunas consideraciones sobre el tratamiento de las atresias del conducto auditivo externo y de las malformaciones de la oreja.

Dr. Miguel Arroyo Gūijosa..... 18

- * Diagnóstico diferencial entre los síndromes cerebelosos y vestibulares.

Dr. Miguel Arroyo Gūijosa..... 23

TRABAJOS PROSPECTIVOS

- * Uso de la lomifilina y dihidroergocristina en el tratamiento del vértigo de origen isquémico.

Dr. Raúl Mereles del Valle..... 30

TRABAJOS RETROSPECTIVOS

- * Costo de la estenosis post-intubación traqueal

Dr. Johannes Borgstein Van Wijk y Cols..... 35

- * Experiencia en el manejo del angiofibroma juvenil

Dr. Alberto Tueme Arellano y Cols..... 38

- * Técnica del desguante facial

Dr. J. Ramón Escajadillo..... 42

CASOS CLINICOS

- * Etmoidectomía externa para el abordaje de neoplasias intraorbitarias.

Dr. Francisco Velázquez Vargas y Cols..... 47

CALENDARIO DE ACTIVIDADES SMORLCCC

51

NOTAS E INFORMACIONES

52

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 indican 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, galactoreo, insomnio, disfunción hepática, elevación de transaminasas, trastornos menstruales, dolor musculoesquelético, sudoración, pesadillas, palpitaciones, parestesias, temblores, reacciones de fotosensibilización, síncope, disminución de la frecuencia urinaria y trastornos visuales.

VI. FORMULA

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

VII. DOSIFICACION Y ADMINISTRACION

Comprimidos:

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

Jarabe:

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

2 mg/kg/día

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

2 mg/kg/día

VIII. SOBREDOSIFICACION

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

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

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

I. MED N1E-155VJ



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 laríngea, náusea, vómito y cefalea. **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 on file, Fisons Corporation. From perennial allergic rhinitis trial by Wittig HJ, with Cohan RH, Bloom FI, Rhoades RB, et al.

Se vende únicamente en México.

Literatura exclusiva para médicos

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

* Marca Registrada

FISONS DE MEXICO, S.A. de C.V.

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.

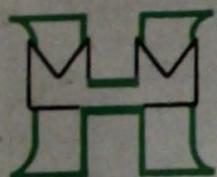


Nicolet

APOYO PARA EL DESCUBRIMIENTO

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

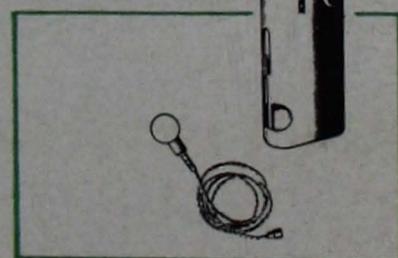
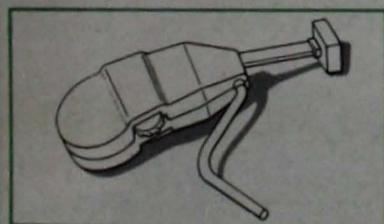
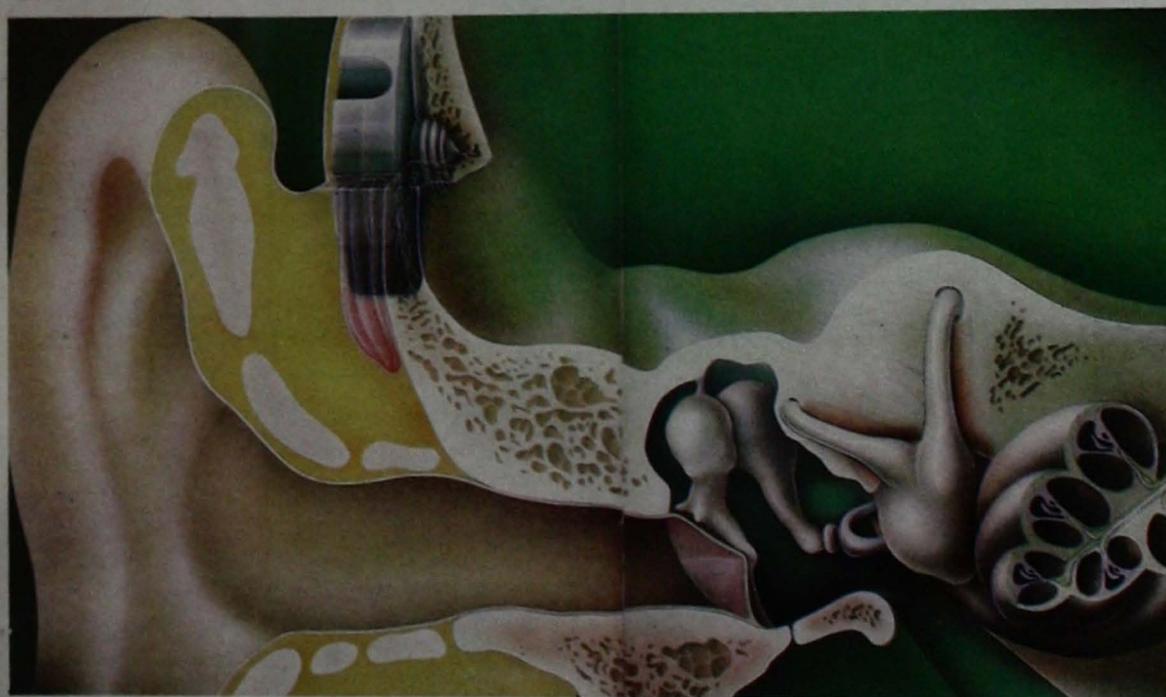
Insurgentes Sur No. 1689
Col. Guadalupe Inn
01020 México, D.F.
Tels. 687-2440/687-5669
Telefax (525) 543-0412



Huerta Médica Mexicana, S.A.

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

**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
Amif

Hecho en México por:

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

Cerrada de Popocatépetl No. 46

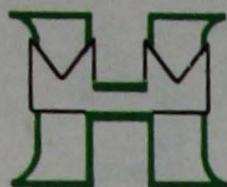
México, D.F. 03340

TEL. 396-92-55

Literatura exclusiva para médicos.

LMED. NEE-867/J

PROMOCIONADO
SOLO PARA OTORRINO



Huerta Médica Mexicana, S.A.

PONE A SU DISPOSICION

LA LINEA **Xomed**

● **TUBOS DE VENTILACION:**

Shepard, Donaldson, Amstrong, Paparella, etc.

● **PROTESIS DE ESTAPEDECTOMIA:**

Schuknecht. House. Mc. Gee, etc.

● **POPE OTO WICK®**

● **IMPLANTES DE CERAMICA CERAVITAL®**

● **CATETER NASAL EPISTAT PARA CONTROL DE LA HEMORRAGIA**

● **COLECTOR DE SECRECION NASAL Y ASPIRADOR INTRA-NASAL**

● **TAPON NASAL NASO-TAMP®**

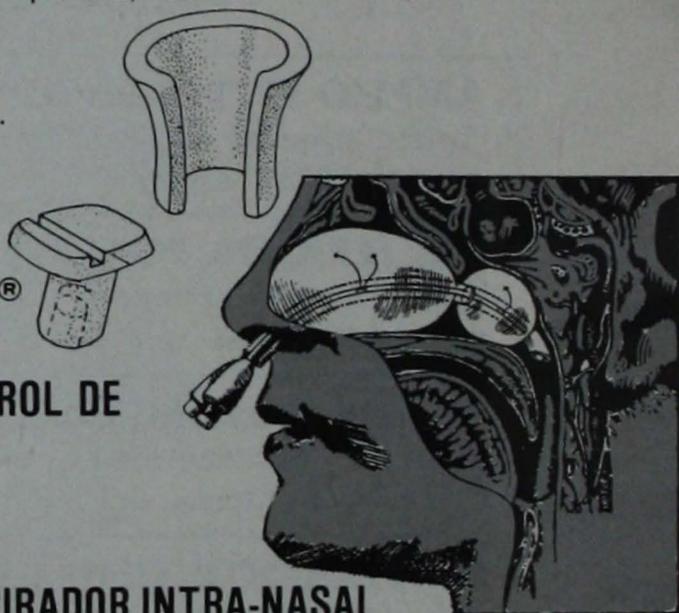
● **TUBOS ENDOTRAQUEALES LASER-SHIELD®**

● **SISTEMA DE IRRIGACION-SUCCION ESSAR®**

● **PROTESIS DE VOZ PANJE®**

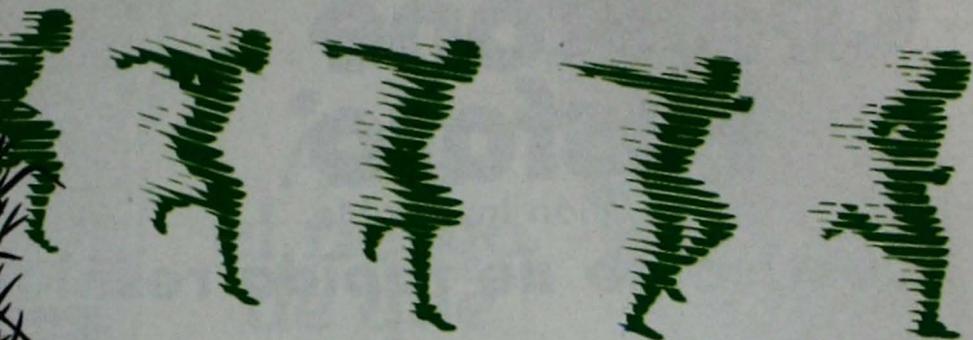
● **FUNDAS PARA MICROSCOPIOS, PARA PACIENTES Y EQUIPO.**

● **SISTEMA DE PODER MICRO-CRAFT® PIEZAS DE MANO, FRESAS, ETC.**



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
525-36-81 543-48-64



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 dosis¹... más rápida que astemizol² y que terfenadina³.

Alivio con administración una vez al día

Alivio sin sedación

Sin interacción con alimentos

NUEVO
ANTIHIISTAMINICO NO-SEDANTE
CLARITYNE*
LORATADINA 10mg 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 CV

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

Cuando los segundos cuentan

Celestone Fosfato*

Solución Inyectable

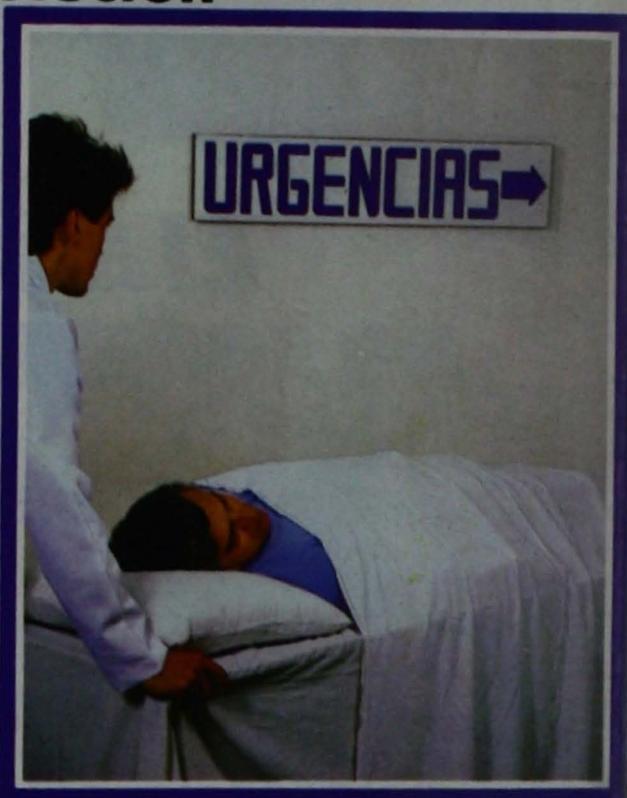
Corticoide de rápida resolución

En urgencias:
cirugía, accidentes,
traumatismos, etc.
notable acción en apoyo de la
función cardiovascular

- Estabiliza la presión arterial
- Reduce la permeabilidad capilar
- Aumenta la cuenta sanguínea
- Mantiene el tono muscular

**Potencia
glucocorticoide sin
acción
mineralocorticoide⁽¹⁾**

(1) American Medical Association 1980 p.p. 620 Drug evaluation



CELESTONE FOSFATO* solución inyectable.

Para Administración Intravenosa, Intramuscular, Intraarticular, Intralesional y en Tejidos Blandos.

DESCRIPCIÓN: CELESTONE FOSFATO* solución inyectable, es una solución estéril de fosfato sódico de betametasona. Cada ml contiene 5.3 mg de fosfato sódico de betametasona equivalente a 4 mg de betametasona.

ACCIONES: CELESTONE FOSFATO* solución inyectable, ejerce potente efecto antiinflamatorio, antirreumático y anti-alérgico en el tratamiento de aquellas enfermedades que responden a los corticosteroides.

INDICACIONES Y USO: CELESTONE FOSFATO* solución inyectable está indicado para uso en afecciones: endocrinas, reumáticas, de la colágena, dermatológicas, alérgicas, oftálmicas, gastrointestinales, respiratorias, hematológicas, shock, edema cerebral y otras enfermedades reconocidas por responder a la corticoterapia.

Los esteroides son útiles como terapia coadyuvante en la reducción o la prevención del edema cerebral asociado con cirugía y otros traumatismos cerebrales, accidentes cerebrovasculares y tumores cerebrales malignos ya sean primarios o metastásicos.

POSOLÓGIA Y ADMINISTRACIÓN: CELESTONE FOSFATO* solución inyectable puede utilizarse para administración intravenosa, intramuscular, intraarticular, intralesional o en tejidos blandos.

Las dosis requeridas son variables y deberán ajustarse de acuerdo a las necesidades específicas del paciente según su enfermedad, la gravedad de su estado y la respuesta obtenida.

La dosis usual inicial en el adulto de CELESTONE FOSFATO* solución inyectable puede variar hasta 8,0 mg de betametasona diarios. En enfermedades menos graves, dosis más bajas en general serán suficientes, mientras que en determinados pacientes dosis iniciales más elevadas pueden hacerse necesarias.

o 0,6 mg a 3,75 mg/m² de superficie corporal cada 12 a 24 horas. Las dosis para bebés y niños deberán basarse por las mismas normas que los adultos, más bien que una estricta adherencia a las proporciones indicadas por la edad o el peso corporal.

CELESTONE FOSFATO* solución inyectable puede administrarse también diluido en solución salina o dextrosada.

Edema Cerebral:

La mejoría puede aparecer en unas pocas horas después de la administración de CELESTONE FOSFATO* solución inyectable, de 2 a 4 mg de betametasona. Pacientes comatosos pueden recibir dosis convencionales que varían de 2 mg a 4 mg cuatro veces al día.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS: El uso concomitante de fenobarbital, rifampicina, difenilhidantoina o efedrina puede incrementar el metabolismo de los corticosteroides, disminuyendo su acción terapéutica, utilizado con estrógenos puede incrementar el efecto de los corticoides. Con diuréticos y anfotericina B incrementa la eliminación de potasio. Con glucósidos cardíacos aumenta la posibilidad de arritmias o toxicidad por digital.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PRUEBAS DE LABORATORIO: Los corticosteroides pueden alterar los resultados de la prueba del tetrazolio nitroazol para infecciones bacterianas y producir resultados falsos negativos.

REACCIONES ADVERSAS:

Las reacciones adversas para CELESTONE FOSFATO* solución inyectable son las mismas señaladas para otros corticosteroides.

CONTRAINDICACIONES: CELESTONE FOSFATO* solución inyectable está contraindicado en enfermos con infecciones micóticas sistémicas y en aquellos con reacciones de hipersensibilidad a la betametasona, otros corticosteroides o a cualquier otro componente de la fórmula.

No deberá administrarse a pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática.

demasiado rápida del corticosteroide. Esto puede reducirse al mínimo disminuyendo gradualmente la dosis.

Se recomienda administrar con precaución los corticosteroides en casos de colitis ulcerativa inespecífica.

Los corticosteroides pueden enmascarar algunos signos de infección. No se deben utilizar esquemas de inmunización concomitantemente.

El uso prolongado de corticosteroides puede producir cataratas posteriores subcapsulares, glaucoma con posible daño del nervio óptico y fomentar el desarrollo de infecciones oculares secundarias debidas a hongos o virus.

Con el uso de derivados sintéticos es menos probable que ocurra aumento de la presión sanguínea, retención de agua y sodio y la excreción aumentada de potasio, excepto cuando se utilicen dosis elevadas.

Como las complicaciones de la corticoterapia dependerá de la dosis y duración del tratamiento deberá evaluarse en cada caso los posibles beneficios contra los riesgos potenciales para el paciente.

Los corticosteroides no deben emplearse en embarazadas con preeclampsia y eclampsia o con evidencia de daño placentario.

USO DURANTE EL EMBARAZO: El uso de corticosteroides durante el embarazo, lactancia o en mujeres en edad fértil requiere valorar los posibles beneficios contra los riesgos potenciales a la madre y el producto.

Para mayor información solicitarla al Laboratorio.

PRESENTACIÓN: Caja con 1 ampollita de 1 ml.

Su venta requiere receta médica.

Literatura exclusiva para médicos.

*Marca Registrada. I. Méd. OEE-899/J

Schering

Kenilworth, N.J. U.S.A.

NUEVO
DE
Beecham



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

PENBRITIN* T-5

que favorece el cumplimiento
de la terapia mínima en
infecciones respiratorias

Ahora en económicas presentaciones orales
para **5 días** de tratamiento

FORMULAS:
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 ampola 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.
ampola y ampollita de solvente con 2 ml de agua inyectable
Inyectable de 1 g en caja con 1 fco. ampola y ampollita 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 penicilinasas

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

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



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

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

Beecham



Miembro de
Amif

¿HA PENSADO EN SU NUEVO INSTRUMENTAL?

Nosotros sí. Y nos permitimos poner a su disposición nuestra total dedicación y experiencia. Nuestros productos han sido realizados con las técnicas más avanzadas, logrando la calidad y acabado, que la moderna Microcirugía exige.



MATERIAL QUIRURGICO
INSTRUMENTAL PARA MICROCIURUGIA
EQUIPO MEDICO

SOLICITE NUESTRO CATALOGO ILUSTRADO



MANUFACTURAS DOMINGO
DE MEXICO, S.A. DE C.V.

YUCATAN No. 26 COL. ROMA MEXICO D.F. TEL. 574 46 48 FAX: (5) 5847192

Al Servicio del Otorrinolaringólogo. . .

Merocel®

Tapones nasales canulados especialmente diseñados para Rinoplastía y Epistaxis.

Pabilos y empaques para oído.

Aquaplast

El entablillado nasal ideal.

Microtek

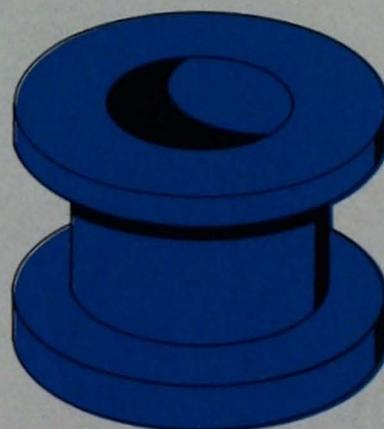
Tubos de ventilación.

Sistema de irrigación para el oído medio.

Fundas y campos quirúrgicos.

Fresa de Nitrógeno Turboaire®

Fresa eléctrica Minimax®



HMI

Instrumental de calidad, hecho en Alemania Occidental.

Ellman

Electrocoagulador económico, monopolar y bipolar.

Oitip®

Tapones para oído, contra humedad y ruido.

Pida informes a:

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

Paseo de la Reforma 234-602

06600, México, D.F.

Tel. 207-00-72

Los niños con amigdalitis,
faringoamigdalitis y bronquitis,
se alivian

... con

FLANAX®

- Antiinflamatorio
- Antiexudativo

y
el antibiótico
de su elección

- Facilita la penetración del antibiótico en el tejido infectado
- Reduce eficazmente el exudado
- Acelera la recuperación de sus pacientes

Una presentación
para cada necesidad

Infantil:
Suspensión 125 mg/5 ml,
Cápsulas 100 mg y
Supositorios 50 mg.

Adulto:
Cápsulas 275 mg.

FLANAX® Cápsulas adulto e infantil Supositorio infantil y Suspensión infantil Antiinflamatorio con acción analgésica y antipirética. Fórmula: Cada cápsula ADULTO contiene: Naproxén sódico** 275 mg. Excipiente c.b.p. 1 cápsula. Cada cápsula INFANTIL contiene: Naproxén sódico** 100 mg. Excipiente c.b.p. 1 cápsula. Hecha la mezcla Cada 100 ml de la suspensión contienen: Naproxén sódico** 2.5 g. Vehículo, c.b.p. 100.0 ml. Cada Supositorio infantil contiene: Naproxén sódico** 50 mg. Excipiente c.b.p. 1 supositorio. **DESCRIPCIÓN, ACCIÓN Y PROPIEDADES:** Flanax (naproxén sódico), es un agente antiinflamatorio no esteroideo con acción analgésica y antipirética, desarrollado por Syntex. Estas propiedades han sido demostradas en estudios clínicos en humanos y en modelos experimentales en animales. Inhibe la síntesis de prostaglandinas de la misma manera que otros analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos.

Debido a su rápida absorción se obtienen niveles significativos en plasma e inicio de actividad terapéutica a los 20 minutos de su administración. **INDICACIONES:** Enfermedades infecciosas como antiinflamatorio, analgésico, antipirético y complemento al tratamiento específico. Usos ginecológicos: en el posparto en mujeres que no vayan a amamantar, en dismenorrea y después de la aplicación de un DIU. Indicaciones periartriculares y musculoesqueléticas: como analgésico en bursitis, tendinitis, sinovitis, tendosinovitis y lumbago. En cirugía y traumatología: como analgésico después de torceduras, esguinces, manipulaciones ortopédicas, extracciones dentales y cirugía. **DOSES Y ADMINISTRACIÓN:** Para uso en el adulto: inicialmente 550 mg seguido por 275 mg cada 6-8 horas. Para uso infantil: 11 mg / kg como dosis inicial seguida por 2.75 - 5.5 mg kg cada 8 horas. La dosis no deberá exceder 16.6 mg kg / día, después

del primer día de tratamiento. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a las formulaciones de naproxén sódico. Debido a la posibilidad de sensibilidad cruzada Flanax no deberá administrarse en pacientes en quienes otras drogas antiinflamatorias y analgésicas no esteroideas hayan provocado manifestaciones alérgicas serias. **PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:** No se recomienda el uso de Flanax en niños menores de 2 años. Flanax no deberá administrarse en pacientes con úlcera péptica activa. Flanax deberá usarse con precaución en pacientes con función renal y hepática deteriorada. En ambos casos se aconseja utilizar la dosis eficaz más baja. **USO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA:** Al igual que otros fármacos de este tipo, Flanax no deberá administrarse durante el embarazo, especialmente en el primer y tercer trimestre, a menos que sea estrictamente necesario. El naproxén ha sido detectado en la leche materna.

por lo que debe evitarse el uso de Flanax durante la lactancia. **PRESENTACIONES:** Cápsula Adulto: Caja con 12 cápsulas de 275 mg. Cápsulas Infantil: Caja con 12 cápsulas de 100 mg. Suspensión: Caja con frasco conteniendo polvo para preparar 50 ml. Una cucharadita (5 ml) equivale a 125 mg. Supositorios Infantil: Caja con 6 supositorios de 50 mg. Regs. No. 86776, 87041 y 0413M79 S.S. SYNTEX, S.A. DE C.V. División Farmacéutica Cerrada de Bezares No. 9, 11910, México, D.F. *Marca Registrada. **Sintetizado y Fabricado por Syntex. Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. I. Méd. CHE-1353/J

FLAX/AP 200



SYNTEX

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

ANALES

VOL. XXXIV

México, Diciembre, Enero, Febrero 1989

Número 1

FUNDADA EN 1949

**DIRECTORIO
ANALES DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

Director-Editor

Dr. Rafael García Palmer

Consejo de Redacción

Dr. José Antonio Arroyo Castelazo

Dr. Miguel Arroyo Castelazo

Dr. Marco Fidel Ayora Romero

Dr. Sergio Decanini Tornessi

Dr. Bernardo Grobeisen Roudy

Dr. Fernando Guzmán Lozano

Dr. Guillermo Hernández Valencia

Dr. Samuel Levy Pinto

Dr. Raúl Mereles del Valle

Dr. Antonio Soda Merhy

Gerente General

Lic. Joaquín Bohigas

**DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
1988-1989**

Dr. José Antonio Arroyo Castelazo
Presidente

Dr. José Ángel Gutiérrez Marcos
Vice-presidente

Dr. Víctor Eduardo Vera Martínez
Secretario

Dr. Marco Fidel Ayora Romero
Tesorero

Dir. Gral. de Derecho de Autor
Registro No. 228-78
Certificado de licitud
de contenido 929
Certificado de licitud
de título 1625
Eugenia 13-405 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

El día 2 de diciembre de 1988, falleció el Dr. Miguel Arroyo Güijosa, con él la otorrinolaringología mexicana pierde a uno de sus pilares. Seguramente que para muchos compañeros era al menos un amigo, un maestro, un discípulo...

Nace en México D.F. el 21 de noviembre de 1914, realiza sus estudios profesionales en la Universidad Nacional Autónoma de México, de donde se gradúa el 6 de abril de 1940; desde ese mismo año ingresa a la Secretaría del Trabajo, donde realizará con el tiempo una fructífera labor al relacionar ambas especialidades. Desde noviembre de 1943 participa como Socio Fundador de la Sociedad de Medicina del Trabajo.

Dentro de nuestra especialidad se inicia en 1941 como ayudante del Dr. López Eznaurrizar y el Dr. Daniel Gurría Urgel con quienes permanece hasta 1944, para ingresar en enero de 1945 como médico otorrinolaringólogo del I.M.S.S.

Ingresó a nuestra Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología (entonces) y Broncoesofagología el 1° de julio de 1947 y fue Presidente de la misma de 1954 a 1956, fue también Presidente del Comité Organizador del Congreso Nacional celebrado en Tijuana B.C. En 1975 como reconocimiento a su labor extraordinaria para con la Sociedad y con la medicina mexicana, fue nombrado miembro Honorario de nuestra institución.

Siempre estuvo relacionado con la enseñanza y fue parte del grupo de profesores del primer curso de graduados en ORL de la U.N.A.M. en 1948., labor que posteriormente compaginó como Jefe de Servicio de ORL en el Hospital de la Raza del I.M.S.S. (1955-1960) y profesor de postgrado de la U.N.A.M. en la residencia y subresidencia de otorrinolaringología. De esa época fueron sus alumnos de entre muchos los doctores: Valenzuela, Hernández Goribar, Rodríguez Alcaráz, Corvera, etc, etc.

Fue miembro de múltiples sociedades médicas, de entre ellas: la Sociedad Mexicana

na de Medicina Ocupacional (socio Fundador), del Colegio Internacional de Cirujanos, de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología, de la Sociedad Mexicana de Radiología. El 25 de noviembre de 1952 ingresa a la Academia Mexicana de Cirugía y el 26 de abril de 1963 a la Academia Nacional de Medicina.

De sus aportaciones científicas hay amplia bibliografía publicada en más de 45 trabajos científicos en revistas nacionales y extranjeras. Recuerdo ahora dos aportaciones, las modificaciones a la prueba de diapasones de Gelle, desde entonces conocida como prueba de Gelle-Arroyo y sus contribuciones a la Ley Federal del Trabajo en la protección al sordo. En el cuerpo de este número de nuestros Anales me permití publicar tres trabajos de diferentes épocas de su vida, que ejemplifican a su vez tres áreas de su interés profesional, una precisamente sobre la detección de la sordera profesional, otro de algún tópico de cirugía del oído y finalmente otro sobre alteraciones del equilibrio. Se reproducen, siguiendo las costumbres editoriales de la época de su publicación.

Todo este apretado resumen de su currículum vitae, que dice mucho, es muy poco, comparado con la labor personal ante el paciente, que siempre observó Don Miguel, cualquiera que ha platicado con alguno de sus pacientes encontrará que lo que aquí digo es verdad, sus pacientes lo admiraban y respetaban, prueba de ello, es el que fue médico personal de dos Presidentes de la República.

Hace ya 15 años, durante el Congreso Nacional en Cozumel, se planteó un serio problema económico que tenía nuestra Sociedad para sacar adelante un importante proyecto, probablemente relacionado con esta Revista que debería de volverse a editar; con generosidad, con sencillez, el Dr. Arroyo Güijosa donó un automóvil nuevo para que fuera sorteado en una rifa a beneficio de la Sociedad.

Muchas más anécdotas podría yo platicar, de muchas de sus virtudes podríamos comentar, pero en el fondo regresaríamos al hombre, a las virtudes del hombre, que supo plasmar y transmitir en sus alumnos, en sus enfermos. Pero especialmente es en su familia en la que encontró la mayoría de sus desvelos, de sus alegrías, de sus tristezas y seguramente el mayor de sus éxitos.

Dr. Rafael García Palmer
Director-Editor

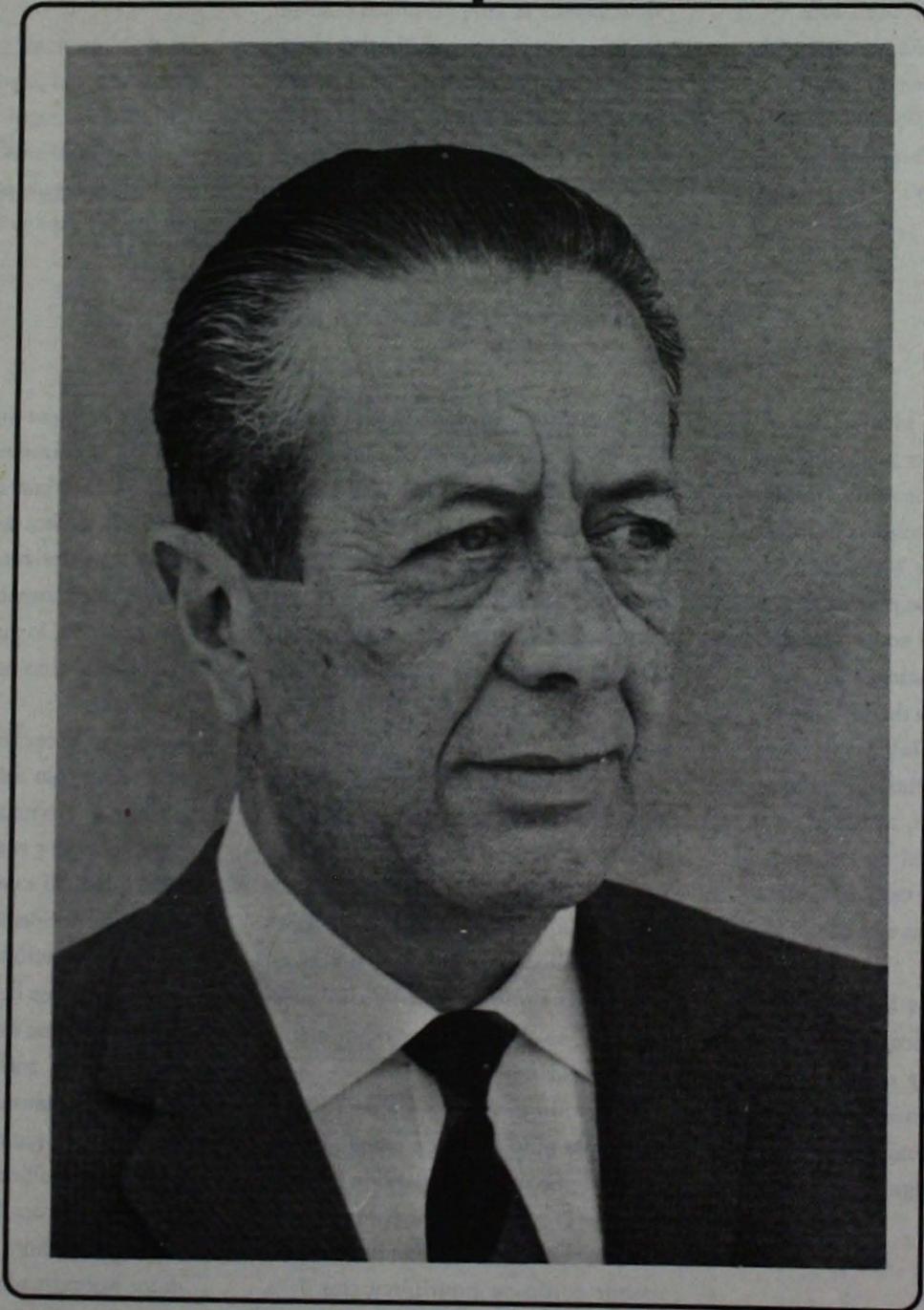
Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología aparece en los siguientes índices bibliográficos:

Excerpta Médica . Holanda

Index del Instituto de Información Científica de la Academia de Ciencias de la U.R>S.S.

Index Panamericano. Brasil

Periódica. Índice de Revistas Latinoamericanas de Ciencia de la Universidad Nacional



In Memoriam Dr. Miguel Arroyo Güijosa

Valuación de incapacidad Ocasionadas por hipoacusias de origen profesional

Dr. Miguel ARROYO GÚIJOSA

En mi concepto las hipoacusias sólo deben ser medidas por la audiometría radioeléctrica. Como es sabido es este el único medio de apreciar la hipoacusia en decibeles; si es hecha con las precauciones debidas se puede ser más exacto al valorarlas así como descubrir simulaciones o desatenciones del enfermo. En ésta, la médula de mi trabajo.

Los métodos de Fletcher y de la Casa Maico para valorizar la hipoacusia en tanto por ciento, se basan en el abatimiento del umbral de intensidad que por vía aérea sufre cada oído aisladamente en la frecuencia que corresponde a la voz humana.

El procedimiento de la Maico es el adoptado por la American Medical Association (A.M.A.) y estudiado por mí en comparación con el de Fletcher (o sea el que recomienda la Western Electric) llegué a las siguientes conclusiones:

Trabajo publicado en Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología 1949, 1,3:25 - 27

1a.- Las cifras que se obtienen para determinar el porcentaje de pérdida auditiva por ambos métodos son sensiblemente iguales.

2a.- Para obtener las cifras por el método de la A.M.A. se requiere más tiempo que para el otro. Se necesita tener la mica con las tablas de la Maico del tamaño exacto de la hoja en que se grafica el audiograma.

3a.- El método de Fletcher es más simple, pues las cifras que se obtienen de las pérdidas en decibeles de las frecuencias 512, 1024 y 2048, se suman y la cifra obtenida se divide entre tres y se multiplica por 0.8. Hay tablas en que con la suma de las pérdidas mencionadas se obtiene el tanto por ciento de hipoacusia.

Obtenido el porcentaje de pérdida para cada oído se puede calcular si se desea el porcentaje de pérdida total siguiendo el método de la A.M.A. a saber: el porcentaje obtenido para el oído menos sordo se multiplica por 7, a este resultado se suma el resultado del porcentaje obtenido para el oído más

sordo y luego se divide entre 8.

El procedimiento que propongo se basa en valorizar en primer término el grado de sordera de cada oído y después hacer las valorizaciones de incapacidad teniendo en cuenta siempre el estado del otro oído, lo que viene en realidad a dar la valuación de la sordera combinada o total.

Quiero hacer hincapié de que la valorización sólo deberá ser hecha en hipoacusias permanentes. Por ley muchas veces nos vemos obligados a considerarlas así cuando han pasado 12 meses del accidente.

Consideración muy importante al respecto es que la valorización será hecha tomando en decibeles la pérdida del oído, usando tonos puros, y que en realidad lo más correcto sería medir la pérdida de la voz articulada sirviéndose de los fonaudiómetros. Desgraciadamente este procedimiento está en estudio y hasta ahora sólo se pueden tener datos aproximados lo que es inconveniente para fundamentar las tablas. Por ello, por lo pronto acepto los datos de

los tonos puros. En los estudios audiológicos falta precisar qué relación hay entre las cifras de pérdida auditiva obtenidas utilizando los tonos puros con aquellas en que se utiliza la voz articulada.

Para hacer las valuaciones de incapacidad para el trabajo, hay que tomar en cuenta en primer lugar la pérdida de la audición apreciada en tanto por ciento, la edad del lesionado y la profesión a que se dedica. El cuadro formulado

por Mc Bride y adoptado y modificado por mí resuelve los anteriores puntos. En la mitad izquierda de mi tabla figuran las distintas modalidades de hipoacusias, en la columna central la valuación promedio para la incapacidad y en la mitad derecha nueve columnas entre las que se debe catalogar la profesión. La tabla de profesiones marca por separado en qué columna debe leerse la cifra. En cuanto a la edad del lesionado debe considerarse que las cifras inclui-

das en mi cuadro de valuación corresponden a individuos de 30 años y deben ser disminuidas en una proporción de 0.5 a 1 % por cada año entre los 30 y los 20. En individuos mayores de 30 años debe ser aumentada de 0.5 a 1% por cada año entre los 30 y los 60.

Estimo que el método que propongo para la valuación de las hipoacusias de origen profesional corrige algunos de los defectos de los métodos hoy en uso.

VALUACION DE INCAPACIDADES POR HIPOACUSIAS

Tabla Básica de Valuación de Incapacidad Parcial Permanente

ESTADO CLINICO DEL EXAMINADO	INCAPACIDAD EN RELACION C/ PROFESION (V. CUADRO BAS.)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
PERDIDA EN UN OIDO: 40% O MAS, Y										
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 40%	40	40	43	47	51	54	58	62	62	71
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 30%	30	30	33	36	39	43	46	50	54	59
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 20%	25	25	27	30	33	36	39	43	47	51
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 10%	20	20	22	25	28	30	33	37	41	45
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 10%	20	10	12	15	18	20	23	26	29	33
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 5%	10	10	12	15	18	20	23	26	29	33
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 2%	7.5	7	8	9	10	12	15	18	21	24
PERDIDA EN UN OIDO: 30% Y										
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 30%	30	30	33	36	39	43	46	50	54	59
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 20%	30	20	22	25	28	30	33	37	41	45
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 10%	15	15	17	19	22	26	28	31	34	38
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 10%	15	15	17	19	22	26	28	31	34	38
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 5%	10	10	12	15	18	20	23	26	29	33
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 2%	7.5	7	8	9	10	12	15	18	21	24
PERDIDA EN UN OIDO: 20% Y										
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 20%	30	20	22	25	28	30	33	37	41	45
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 10%	15	15	17	19	22	26	28	31	34	38
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 5%	10	10	12	15	18	20	23	26	29	33
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 2%	5	5	5	6	7	10	13	14	15	17
PERDIDA EN UN OIDO: 10% Y										
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 10%	15	15	17	19	22	26	28	31	34	38
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 5%	10	10	12	15	18	20	23	26	29	33
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 2%	2.5	2.5	3	3	4	5	6	7	9	11
PERDIDA EN UN OIDO: 5% Y										
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 2%	2.5	2.5	3	3	4	5	6	7	9	11
EL OTRO OIDO PERDIDA DE 2%	0	0	0	1	1	2	2	3	4	5

CUANDO LAS CIFRAS OBTENIDAS EL % DE PERDIDA NO SE ENCUENTRAN ENTRE LAS MARCADAS EN ESTA TABLA, SE TOMARA LA SUPERIOR O LA INFERIOR SEGUN A LA QUE MAS SE APROXIME. V. GR.: % IGUAL A 35, SE TOMA 40.— % IGUAL A 32 SE TOMA 30.

Algunas consideraciones sobre el tratamiento de las Atresias del Conducto auditivo externo y de las malformaciones de la oreja

Dr. Miguel ARROYO GÜIJOSA

Entre las malformaciones del conducto auditivo externo, la atresia congénita es esencialmente la más importante. Es una regla, que se acompañe de malformaciones del pabellón. Estadísticas hechas al respecto por Ruttin y otros, el pabellón normal se ha encontrado en uno o dos por ciento de los casos.

La embriología del oído externo y del oído medio ya es conocida ampliamente, pero debido a que la patología y las técnicas quirúrgicas están basadas en estos principios, recalcaremos las nociones esenciales concernientes al desarrollo del conducto auditivo externo.

El conducto auditivo externo se desarrolla a expensas de una invaginación que corresponde al primer surco branquial. El oído medio se desarrolla del primer saco branquial, que es un saco

evaginado de la faringe primitiva. Entre estas dos formaciones queda un puente mesodérmico, y las cavidades así formadas se unen hasta que casi se tocan sus paredes, quedando formado por fuera el conducto auditivo externo, y por dentro el oído medio, separados por una membrana, el futuro tímpano (figs. 1 y 2).

Estos hechos hacen comprender que en la atresia del conducto: 1°.- No existe jamás tímpano verdadero, y 2°.- Que la caja y su contenido están frecuentemente modificados, faltando en ocasiones el último.

El estado anatomopatológico en los diferentes elementos se puede resumir de la siguiente manera:

- a).- El conducto membranoso falta siempre en su totalidad.
- b).- El tímpano no existe jamás.
- c).- El conducto óseo: el hueso timpánico falta de manera casi constante y cuando existe está profundamente modificado, apenas reconocible.
- d).- La caja del tímpano puede estar normal, pero lo más frecuente es que esté disminuía de volumen en todas

sus dimensiones, hasta quedar a veces reducida a una simple hendidura.

e).- Los huesecillos sufren inevitablemente la suerte de la caja: subnormales si la caja está poco modificada; pueden estar reducidos al estado de simples rudimentos o ausentes si la caja no existe. Hay que señalar sin embargo, que sólo el yunque y el martillo sufren estas alteraciones, ya que el estribo se encuentra intacto por el hecho embriológico, de que este último, no depende del primer arco sino del segundo.

f).- El aditus permanece casi siempre permeable, pero reducido a una simple hendidura apenas cateterizable.

g).- El antro es pequeño, reducido de volumen, pero se encuentra en su sitio habitual.

h).- La mastoide no presenta nada de anormal, según los casos será neumática, diploica o eúrnea.

i).- El oído interno habitualmente se encuentra intacto.

Por último mencionaremos que estas lesiones pueden ser uni o bilaterales.

* Trabajo publicado en Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología 1952, 3:97-106

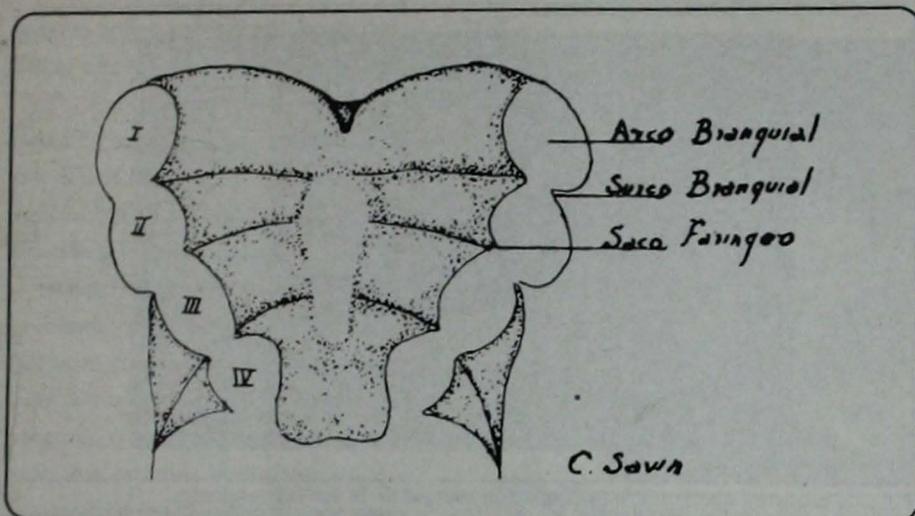


Fig. 1.- Esquema de un embrión de 15 días.

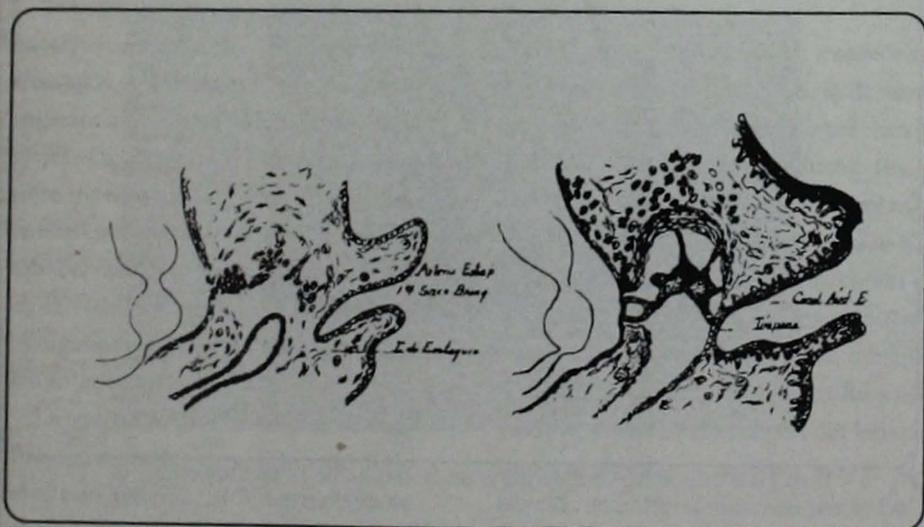


Fig. 2.- Dos etapas del proceso embriológico, sobre la formación del conducto auditivo externo, tímpano y oído medio.

les y de tipo diferente de un lado al otro.

El estudio clínico de las atresias debe comprender: el estudio de la malformación, el estudio de la función auditiva y el estudio radiográfico, que servirán para precisar las indicaciones y sobre todo las modalidades operatorias.

1°.- Al estudiar la malformación, se verá que coinciden generalmente las atresias del conducto, con malformaciones, o ausencias del pabellón. Al no

existir el conducto en su lugar, el tegumento se encuentra liso y ligeramente deprimido, por atrás del cóndilo del maxilar. Puede a la palpación notarse una depresión ósea que puede indicar el orificio externo, pero en general corresponde al espacio entre el borde anterior de la mastoide y la rama vertical del maxilar inferior, lo cual es debido a la ausencia del hueso tímpanal.

2°.- Los estudios audiométricos, son difíciles de practicar en niños pequeños,

y sólo, son posibles en niños a partir de los siete u ocho años, pero como es raro intentar la corrección quirúrgica antes de los diez o doce años, se puede decir que el estudio audiométrico se tomará siempre como factor importante en la indicación operatoria.

Habitualmente el oído interno se encuentra intacto y el tipo de hipoacusia que se encuentra es de transmisión.

3°.- El estudio radiográfico, debe ser hecho lo más completo posible sin descuidar el estudio de las tres incidencias clásicas de Schüller, Stevers y Mayer, acudiendo a la estereo-radiografía siempre que sea posible.

Por la posición de Schüller, se puede uno formar opinión sobre la presencia o ausencia del conducto óseo.

El estudio de la mastoides dará datos muy interesantes: el estudio de la neumatización, en la raíz del zigoma, en el temporal y en el occipital es importante, ya que cuando es buena, la audición aérea está relativamente conservada, siendo buenos casos para la operación: la antrotomía será fácil ya que los grupos de celdillas conducirán inevitablemente sobre el antro.

En otros casos la mastoides se encuentra completamente ebúrnea, ningún grupo celular nos guía y lo atípico del macizo del facial nos obliga a ser sumamente prudentes.

Por la estereo-radiografía se podrán obtener datos más precisos para poder afirmar la ausencia del conducto auditivo externo, el estado de la mastoides y de la caja, la situación del antro, y todas las demás relaciones de interés quirúrgico.

La corrección quirúrgica deberá lógicamente tender a corregir las malformaciones o la sustitución del pabe-

llón y la formación de un conducto auditivo funcionalmente útil.

Las malformaciones del pabellón pueden ser muy variadas y en general prestan grandes dificultades a la cirugía plástica, necesiándose por lo general una serie de varias operaciones con injertos, trasplantes, etc. En los casos de ausencia completa o en presencia de apéndices rudimentarios, la formación de una oreja nueva es sumamente difícil, requiere de ocho a diez intervenciones, que se realizan en un plazo de ocho a diez meses y con resultados muy pobres: extremadamente difícil lograr un pabellón estéticamente bueno. En estos casos nosotros hemos decidido la extirpación completa de los rudimentos, y la aplicación de prótesis hechas con un material de hule prevulcanizado, que tiene la suavidad y la tersura semejante a la de las estructuras naturales. Es cierto que se necesita la cooperación de un artista, que primero hace la escultura del pabellón a formar, tomando modelo del lado normal, para después con ese molde fabricar la prótesis, dándole al material el color exacto al de la piel del enfermo. Estos trabajos nos los ha hecho en México el Sr. Dr. G. Martín del Campo, y los resultados obtenidos han sido completamente satisfactorios.

En cuanto a las *indicaciones quirúrgicas* de la atresia del conducto podemos afirmar que: 1º.- En ciertos casos la intervención se impone: atresias bilaterales con gran déficit auditivo, que llevarían a la sordomudez. En algunas atresias unilaterales, en que el oído opuesto sufre un déficit funcional o algún proceso patológico (otomastoiditis, neuritis, etc.) y en ciertos casos en que estando intacto el oído in-

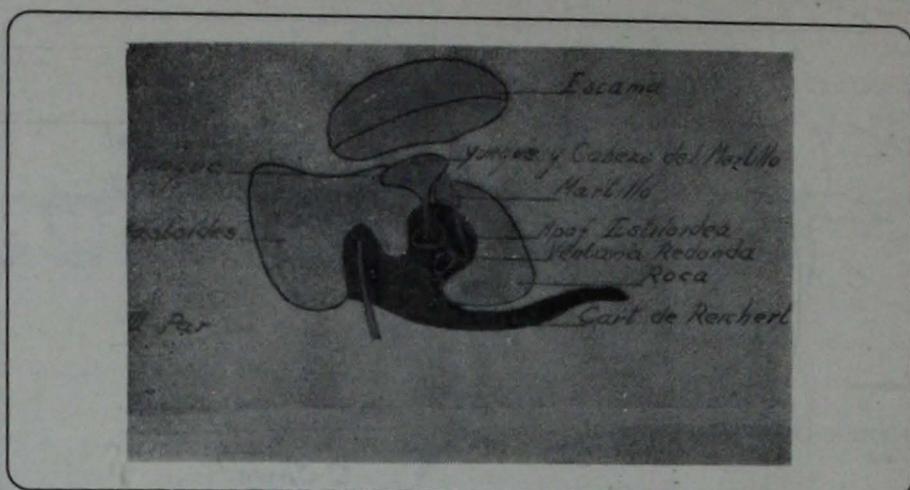


Fig. 3.- Esquema que muestra la formación normal de la apófisis estiloides.

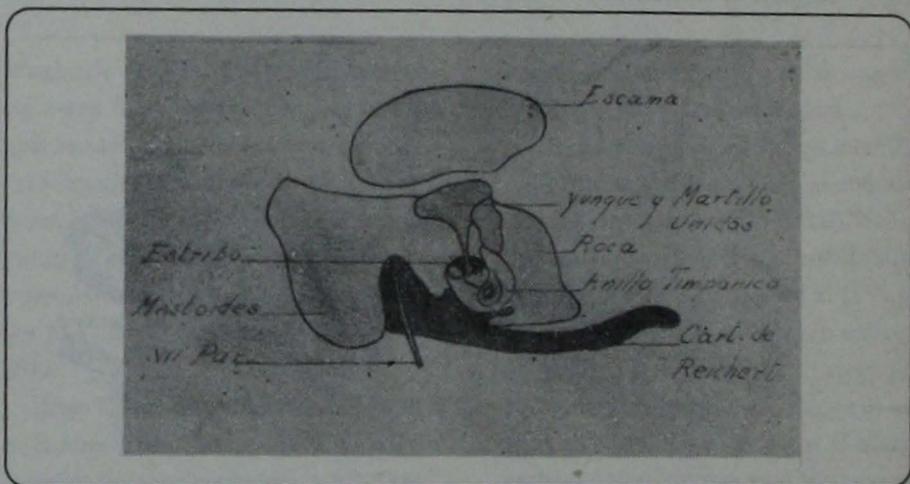


Fig. 4.- Trastornos causados por hipertrofia de la cabeza de la apófisis estiloides

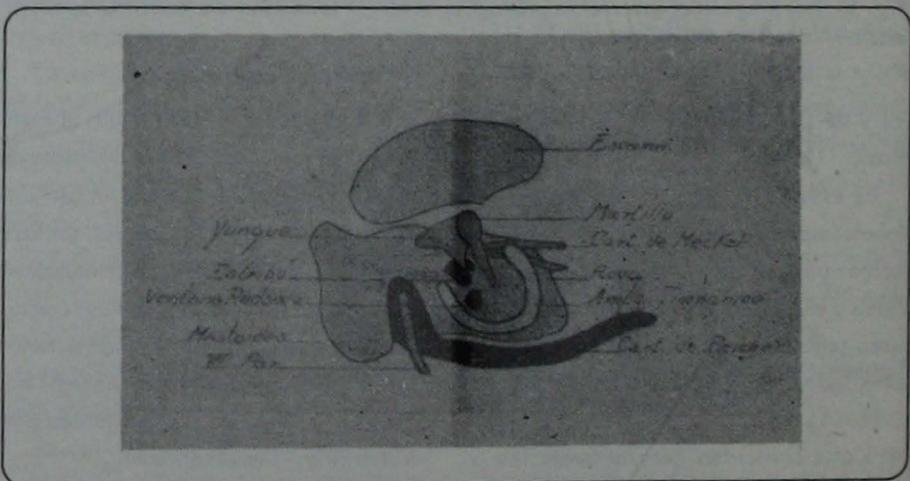


Fig. 5.- Atresia con desaparición de la caja por hipertrofia de la cabeza de la apófisis estiloides.

terno se quiera hacer el ensayo de restablecer una función útil y bilateral.

2°.- En oposición a los casos anteriores no deberán operarse las atresias con déficit laberíntico, ya que la intervención no ocasionaría ninguna modificación útil a la audición.

La edad a la que se debe operar es un problema, y para fijarla deberán tomarse en cuenta una serie de factores, tales como el grado que la sordera presente en el desarrollo social del niño, los estudios audiométricos que requieren de la intervención para mejorar sus curvas, etc.

Se puede decir que la corrección del pabellón se hará entre los cinco y los siete años, que es cuando el niño puede empezar a formarse una serie de complejos. La corrección de la atresia será entre los diez y los quince años que es la edad más favorable para la confección del conducto auditivo externo, con las salvedades de apresurar la operación en algunos casos, como los mencionados anteriormente.

La operación para reconstruir el conducto, se realiza generalmente bajo anestesia general. Si la corrección se hace en un joven o en un adulto, se puede emplear con ventaja la analgesia y la anestesia local.

Se practica la insición en la zona en que se ha de crear el meato y se retrae la piel para poner al descubierto en hueso. Si existe una obstrucción del conducto de tipo cicatrizal, debe extirparse este tejido con el bisturí hasta que se haga visible la membrana del tímpano, pero si es una atresia verdadera del conducto se deberá hacer la trepanación del hueso, sirviéndose de una fresa movida por motor eléctrico, completándose el tallado con cucharillas,

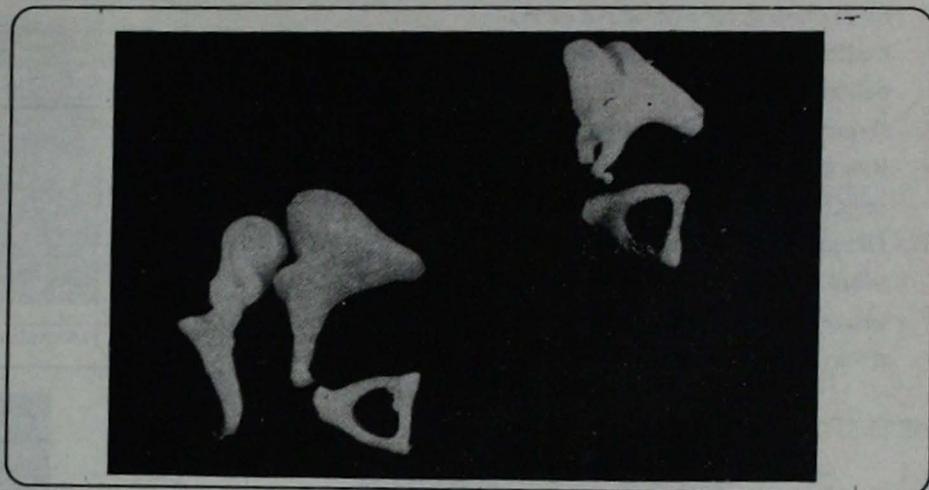


Fig. 6.- Cadena osicular normal y la pieza anormal frecuente en las atresias: yunque y martillo soldados; estribo normal.

naturalmente siguiendo los cuidados habituales de la delicada cirugía de esta región. Nosotros no hacemos prácticamente el tallado de un conducto, sino que previniendo futuros estrechamientos, preferimos llevar la operación a una verdadera mastoidectomía, conservando naturalmente la cadena osicular cuando la encontramos normal, o bien haciendo la extracción del martillo y el yunque, y hasta fenestración del laberinto en algunas ocasiones, como se hizo en un enfermo operado por el Dr. Bustamante Gurría, de una estenosis congénita del conducto con marcada hipocusia de transmisión.

Realizada una buena hemostasia se tapiza la cavidad con un injerto de piel libre o con un colgajo pediculado de la misma. Si se emplea el primer procedimiento es bueno obtener previamente el molde de la cavidad, usando para ello pasta de dentista, que se introduce reblandecida y se deja endurecer retirándola después para cubrirla con un injerto epidérmico sacado de la cara interna del brazo o del muslo. El molde así tapizado se vuelve a colocar en la

cavidad operatoria, que se le mantiene en posición por un vendaje compresivo. El molde se retira después de diez a quince días, cuidando de la nueva cavidad en la forma ya acostumbrada para este molde durante tres o cuatro meses, quitándolo diariamente para la limpieza corriente. Este tipo de injerto libre por sus buenos resultados creemos que sustituye con ventaja a los pediculados de técnica más complicada.

También con el objeto de evitar las estenosis concéntricas del nuevo orificio cutáneo, hemos acudido con ventaja, después de reseca una zona de músculos y aponeurosis, a la inversión de los bordes cutáneos, dejando cubierto con piel el espacio entre ésta, y el hueso, utilizando para esta inversión cutánea, puntos en U semejantes a los que utiliza el Dr. Walsh en la fenestración.

CONCLUSIONES:

- 1.- Hacemos ver la ventaja del uso de prótesis sustitutivas sobre la ci-

rugía plástica reconstructiva en las malformaciones severas del pabellón de la oreja.

2a.- Dejamos asentado en forma definitiva que en las atresias no existe membrana del tímpano.

3a.- Damos a conocer nuestro criterio sobre indicaciones, edades a efectuarse y técnica quirúrgica realizada .

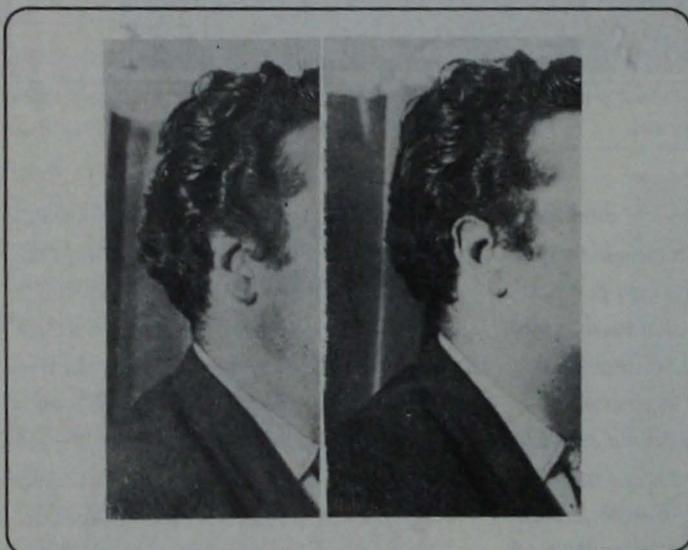


Fig. 7.- Prótesis parcial del pabellón, en un enfermo lesionado.



Fig. 8.- Enfermo con apéndices rudimentarios de pabellón y atresia del conducto auditivo externo. Se puede ver la operación de reconstrucción del conducto.



Fig. 9.- Fotografía del mismo enfermo tomada de cerca.



Fig. 10.- Prótesis de pabellón colocado después de extirpar los apéndices.

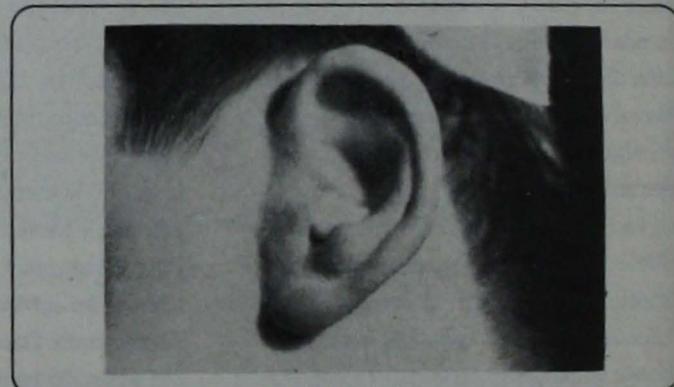


Fig. 11.- Vista de más cerca del pabellón colocado al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Fomon Samuel.*, Cirugia Plástica y Reparadora.- Editorial Labor, S.A. Argentina, 1843
- 2.- *Aubry y Lemaricy*, Otorrinolaringología, Ed. López. B. Aires, Argentina, 1942.
- 3.- *Lederer Francis, L.* Diseases of the Ear, Nose and Throat. F.A. Davis Co. Philadelphia, 1948.
- 4.- *Maduro R. y Clerc P.* Encyclopedie Médico-Chirurgicale. Paris, Francia, 1951.

Diagnóstico diferencial entre los síndromes cerebelosos y vestibulares

Dr. Miguel ARROYO GÚJOSA

I. SINDROMES CEREBELOSOS

Al ser interrogados por varios compañeros y amigos sobre el tema del trabajo que vamos a presentar en esta reunión, recibimos distintas impresiones al dar a conocer su materia: diagnóstico diferencial entre los síndromes cerebelosos y vestibulares.

Para unos, quizá los más cuerdos, el tema lo consideran de poca importancia, ya que ante problemas otológicos con síntomas neurológicos añadidos, acuden a la opinión más autorizada de personas especializadas en esta última disciplina: la neurología.

Para otros, más inquietos, el tema les despierta entusiasmo, por conocer nuestra aportación sobre este arduo y revuelto tema.

Nuestra intención es presentar a us-

tedes, en la forma más simple que hemos podido concebir del problema, los datos más importantes, que nos permitan si no hacer un diagnóstico neurológico brillante, sí poder diferenciar los síndromes laberínticos puros, de nuestra absoluta responsabilidad, de síndromes intercurrentes que a veces los desvirtúan o los complican, como los cerebelosos.

Hemos de oír comentarios muy documentados de las personas que nos escuchan, que deseamos completen o modifiquen nuestro criterio, iniciándose ellos, con el comentario oficial a nuestro trabajo, del señor doctor Leo Deutsch, especialista de reconocida cultura otoneurológica internacional.

Deberemos hacer un resumen de los conceptos anatomofuncionales, signos y síntomas de ambos síndromes para, basados en ellos, establecer su diagnóstico diferencial.

Confrontamos, sin embargo, el problema derivado del hecho, que muchos de esos conceptos, no son concluyentes aún.

También, la complejidad de este análisis tiene su origen en consideraciones filogenéticas, sobre las relaciones cambiantes entre vestibulo y cerebelo a través de la escala zoológica.

Escala zoológica inferior
Escala zoológica media
Escala zoológica superior

En efecto, el aparato vestibular era el todo de la organización motora del animal inferior y fue cediendo categoría funcional a la estructuración cerebelosa en el animal superior, hasta llegar a su máxima diferenciación en la especie humana: el aparato vestibular como receptoinformador y el cerebelo como gran centro coordinador.

SINDROME CEREBELOSO

Creemos, que casi todos los signos y síntomas de los síndromes cerebelosos, tienen su explicación en relación con alteraciones del tono muscular, que

normalmente guarda un equilibrio o coordinación, tanto en el estado estático

Aparato vestibular	Cerebelo
+ + + +	
+ +	+ +
+	+ + +

co como en el dinámico del organismo.

Es indispensable, entonces, que hagamos una serie de recuerdos sobre el tono muscular.

El tono muscular es un reflejo propioceptivo, interpretado funcionalmente como una contracción moderada y permanente, que tienen los músculos esqueléticos con inervación intacta, destinada tanto a mantener la postura corporal, como a facilitar la ejecución de un movimiento.

Este reflejo, en las especies primitivas, es de tipo simple, integrado por su receptor (propioceptivo del músculo), su centro (médula) y su órgano efector (fibra muscular).

En las especies más avanzadas en la escala zoológica, el mecanismo reflejo se hace más complicado y requiere la cooperación de un grupo de factores tonorreforzadores y tonoinhibidores, provenientes del sistema nervioso central, de niveles más o menos altos (médula, lóbulo frontal, formaciones extrapiramidales, etc.).

La actividad tónica se mantiene y regula por este mecanismo reflejo que parte de los receptores propioceptivos, informando a los centros superiores sobre el estado de tensión en que se encuentran los músculos, y los requerimientos de todo de ellos.

Esta vigilancia subconsciente, es un estado de preparación para reaccionar a cada nueva excitación siendo esto, se-

gún Sherrington, el valor y significado del tono muscular.

Funciones del tono:

1°.- Como queda dicho, facilita las reacciones musculares.

2°.- Asegura en estado estático, la fijación articular segmentaria y la general del cuerpo (tono postural).

3°.- En la transición de una actitud a otra, realización de un movimiento (estado dinámico), entran en acción distintos grupos musculares: flexores, extensores, sinergistas y fijadores, que deben tener tono coordinado.

Sistemas tónicos:

Se dividen éstos en dos grupos, de carácter antagónico: uno activador y el otro moderador. De la preponderancia recíproca resultan las variaciones del tono muscular.

1° ACTIVADOR

a) corteza

- b) neocerebelo
- c) vestibulo
- d) tronco cerebral
- e) sustancia reticular

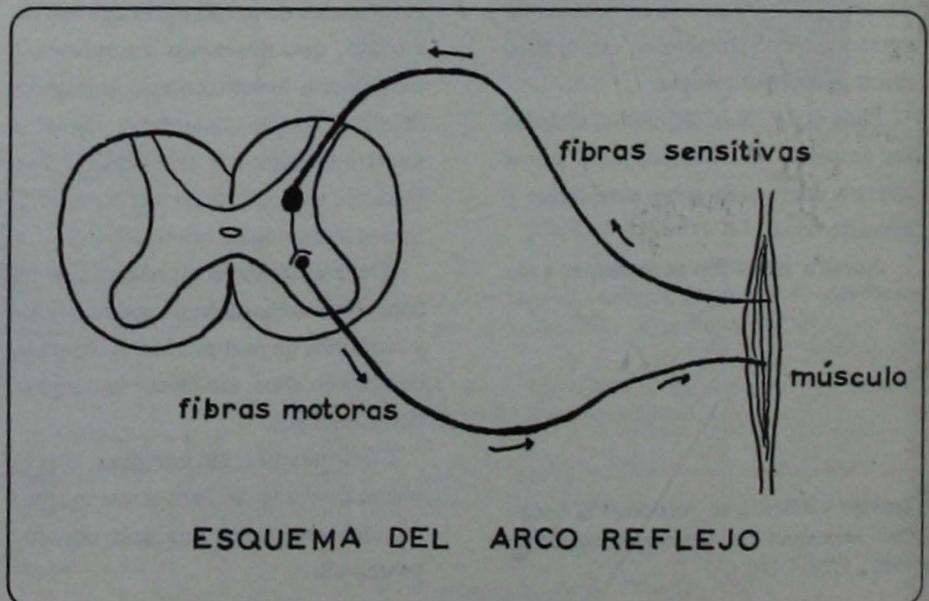
2° MODERADOR

- a) áreas supresoras
- b) bulbo (s-4)
- c) sistema extrapiramidal
- d) cerebelo (paleo)

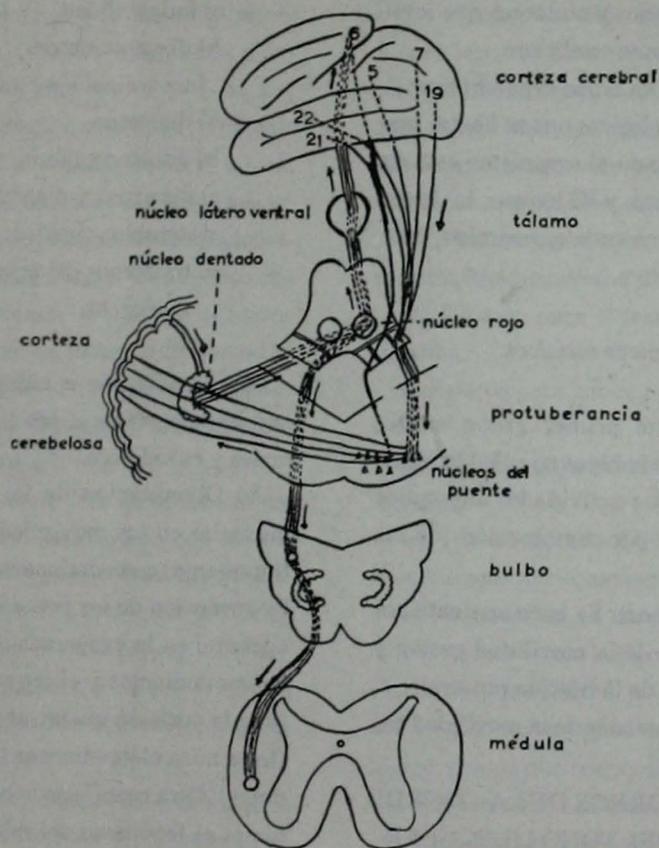
Los sistemas activadores del tono (estimuladores, excitadores o facilitadores) se pueden localizar en:

a) La corteza cerebral, que tiene normalmente una función activadora del tono, y que ejecuta a través de la vía córticoespinal. Parte del área 4 y sigue por el sistema piramidal y la vía sinergista.

b) El cerebelo influye en forma capital e importante sobre los sistemas tónicos. Se le ha querido reconocer una función doble y antagónica, atribuyendo al neocerebelo la función activadora y al paleocerebelo la moderadora.



VIAS SINERGISTAS



(SEGÚN NAVA)

SINTOMATOLOGIA DE LAS AFECCIONES CEREBELOSAS

- A) Trastornos de la coordinación del tono muscular
- B) Síntomas subjetivos sensación vertiginosa vegetativos
- C) Nistagmus
- D) Datos añadidos de vecindad e indirectos.

El cerebelo integra el circuito corticocortical, siendo el del centro intercalado más importante. Recibe impulsos de la corteza frontal y temporal por medio del pedúnculo cerebeloso medio, y sus impulsos eferentes, pasando por el núcleo rojo y el tálamo, llegan de nuevo a la corteza cerrando el circuito.

Las lesiones del neocerebelo disminuyen apreciablemente el tono muscular, característica del síndrome neocerebeloso.

c) El aparato vestibular ha sido, por algunos autores, considerado como tonoestimulador. Piensan que a través de la vía vestibuloespinal, que se considera formada principalmente por fibras eferentes directas y cruzadas del núcleo vestibular lateral (Deiters) se refuerza la acción dinamogénica muscular.

Hay, sin embargo, estudios sobre hechos que tienden a limitar esta función atribuida al aparato vestibular.

Se piensa que en el tronco cerebral hay centros y vías eferentes, que ejercen influencias semejantes a los que se atribuyen a la vía vestibuloespinal. La sustancia reticular envía a la médula fibras (reticuloespinales) que parecen tener una función paralela y que en cierto grado suple a los del fascículo vestibuloespinal (Magun y Rhines).

Es indudable que la función cerebelosa sobre el tono muscular, se modifica por impulsos recibidos del aparato vestibular, receptorinformador importantísimo.

Las relaciones entre ambas estructuras, son bien conocidas: vía vestibulo-cerebelosa directa; (al flóculo, al nódulo y a núcleos del techo); vías núcleos vestibulares cerebelo, aferentes y eferentes; vía vestibulo, núcleos del techo, sustancia reticular, médula (fascículo uncinado de Russell y vía retículo espinal).

Los sistemas moderadores del tono (inhibidores) se han demostrado en:

a) En las áreas corticales llamadas supresoras 8, 4, 2, 19 y 24, que constituyen parte de un circuito córtico-cortical a través del núcleo caudado, putamen, globus-palidus y tálamo.

b) En el bulbo, Magun y colaboradores, demostraron la existencia de un mecanismo inhibitor del tono, en co-

nexión con la zona cortical supresora, cuya acción es por lo tanto antagónica a la activadora, ya mencionada, de la sustancia reticular (retículoespinal).

c) La influencia del sistema extrapiramidal sobre el tono no está muy bien esclarecida. Según Mettler, parece que el cuerpo estriado recibe proyecciones de la zona supresora 4-S por lo que ejerce influencia inhibitoria sobre el tono muscular, por intermedio de un sistema eferente mal precisado.

d) El cerebelo, como ya dijimos, tiene también acción moderadora sobre el tono muscular a través de su lóbulo anterior (paleocerebelo). Esta función disminuye progresivamente, a medida que se asciende en la escala animal, siendo difícil de demostrar en el hombre. Este hecho ha dificultado la interpretación de algunos datos clínicos y de investigación.

Cuadro clínico:

Lo dividiremos artificialmente, para facilitar su interpretación, en los siguientes grupos:

I.- Trastornos de la coordinación del tono muscular.

II.- Síntomas subjetivos vagosimpáticos.

III.- Nistagmus.

IV.- Datos añadidos por lesiones a estructuras vecinas, y datos indirectos.

I. Trastornos de la coordinación del tono muscular

Si hemos de reconocer la influencia tan importante y capital, que tiene el cerebelo en la coordinación, regulación o control del tono muscular, podemos deducir lógicamente que la alteración

funcional de él, se pondrá de manifiesto por trastornos muy importantes del tono muscular, que explican lógicamente los signos y síntomas que integran el síndrome cerebeloso.

Siguiendo un orden expondremos:

A) los datos clínicos que se hacen manifiestos cuando el organismo está en estado estático, y B) los que lo hacen cuando está en estado dinámico, o de movilidad activa.

A. Datos clínicos estáticos:

Entre este primer grupo analizaremos: 1°) la hipotonía, 2°) la hipertonia y 3°) las actividades anormales ocasionadas por combinación de las anteriores.

1• *Hipotonía*: Se hace aparente por alteraciones de la movilidad pasiva y por defectos de la fijación postural.

Las alteraciones de la movilidad pasiva son:

1.- TRASTORNOS DE LA COORDINACION DEL TONO MUSCULAR

A.- ESTATICOS

1° Hipotonía (neocerebelo)

Movilidad pasiva

a) hiperflexión e hiperextensión.

b) hipostenia

reflejos pendulares

fenómeno del rebote

fenómeno del lanzamiento

fijación postural

a) caída por peso

b) trastornos del equilibrio corporal

2° Hipertonía (paleocerebelo)

Catalepsia cerebelosa

3° Actitudes anormales

B.- DINAMICOS

1° Disminución de la fuerza muscular

a) fatigabilidad

b) discronometría

2° Incoordinación motriz

a) dismetría

b) adiadococinesia

c) disartrias y disgrafías

d) temblor cinético

e) trastornos del equilibrio y de la marcha.

a) Hiperflexión e hiperextensión, que pasa bastante a los límites normales y es indolora.

b) Disminución de la resistencia muscular en los movimientos pasivos (hipostenia) que ocasiona un retardo en la corrección de las actitudes. Se hace aparente en la exagerada amplitud de los movimientos y el retraso en regresar a la posición inicial, al provocar reflejos músculotendinosos (reflejo pendular). Otra manifestación de hipostenia es el fenómeno del rebote descrito por Holmes y Stewart, basada en el disfuncionamiento de los músculos antagonistas, y basado en ese mismo hecho, se menciona la prueba o fenómeno del lanzamiento.

Los defectos de la fijación postural son:

a) Caída por su peso de los segmentos corporales, que son colocados en posición tal, que es necesario sostenerlos en contra de la gravedad.

b) Si el defecto de fijación postural interviene en varios segmentos corporales, es lógico pensar que aparezcan trastornos de la fijación corporal integral, dando, por consecuencia, alteraciones del equilibrio, que se manifiestan como inestabilidad, tambaleo y

caída, si son marcados los anteriores. Estas alteraciones del equilibrio corporal, son generalmente de tipo lateropulsión homolateral a la lesión, o retro-pulsión en lesiones bilaterales o lesiones del vermis.

La información vestibular, tendiente a conservar el equilibrio, no es eficaz, ya que el coordinador del tono muscular, el cerebelo, está afectado funcionalmente. Otros informes de órganos receptores, tienen el mismo fracaso, explicándose así, *el hecho de que no se modifiquen en relación con la visión, ni al cambiar de posición la cabeza* (aparato vestibular).

2° *Hipertonía*: Son manifestaciones poco comunes en relación con las de hipotonía, pero explican las manifestaciones llamadas de catalepsia cerebelosa, que consisten en la propagación del tiempo normal en que se puede sostener un miembro, en actitudes contra la gravedad.

3° *Actitudes anormales*: La incoordinación del tono muscular, con predominancia en ciertos grupos, puede hacer aparentes ciertas actitudes anormales tales como: desviaciones de la cabeza, anímia, asimetría facial, de la posición de los miembros superiores, etc.

B. *Datos clínicos dinámicos*:

En este segundo grupo analizaremos: 1°) la pérdida o disminución de la fuerza muscular, y 2°) la incoordinación de los movimientos, o incoordinación motriz.

1° *Pérdida o disminución de la fuerza muscular*, demostrada por Thomas y Holmes, se hace aparente por la dinamometría. Sus manifestaciones clínicas se presentan en la ejecución de movimientos que requieren del esfuerzo

muscular.

Este causa astenia y fatiga fácilmente, tomando caracteres de intermitente, discontinuo y a veces sufre suspensiones bruscas. Estas anomalías en la reactividad, se deben a alteraciones del tono, y han sido descritas con el nombre de discronometría, pudiéndose resumir los síntomas en cinco grupos:

- a) Retardo para iniciar los movimientos (bradicinesia).
- b) Retardo para obtener la fuerza máxima.
- c) Retardo para iniciar la descontracción.
- d) Retardo para obtener el relajamiento.
- e) Trastornos en el ritmo de los movimientos (arritmocinesia).

Estos datos de la discronometría, son el fundamento lógico de alteraciones de la movilidad, ya que si suceden en distintos grupos musculares, es lógico pensar que la coordinación motriz esté alterada. Las descripciones de sus manifestaciones han sido múltiples, pero se antoja no suficientes, ya que la alteración de cualquier acto determinado que requiera movimientos más o menos complicados, pueden alterarse, pueden ser descritos y pueden ser llamados como al observador se le ocurra.

Con la intención de dar a ustedes nuestra interpretación, en forma ordenada, revisaremos los cuadros clínicos, en el párrafo siguiente que denominamos:

2° *Incoordinación motriz*: Este nombre, a nuestro parecer el más demostrativo, ha sido denominado en otras dos formas: ataxia y asinergia; traduciendo prácticamente los dos últimos nombres, trastornos de la

coordinación motriz, y hasta donde pudimos aclarar con la diferenciación siguiente: ataxia es el trastorno en coordinación de un movimiento, asinergia el trastorno en coordinación del conjunto de movimientos que constituyen un acto.

Los trastornos de la coordinación motriz, como es lógico no dependen sólo de alteraciones funcionales del cerebelo, sino de mecanismos a veces muy complejos con bases en otras partes del sistema nervioso central, corteza, bulbo, protuberancia, médula, etc.

Los trastornos de coordinación motriz de origen cerebeloso, tienen características propias, que permiten diferenciarlos de otras incoordinaciones.

Una de las más importantes está basada en el concepto de que la cerebelosa, es una incoordinación o ataxia intrínseca, en relación con el movimiento en sí mismo, en diferencia con otras llamadas extrínsecas en relación con la influencia de la función visual.

Gordon Holmes piensa que las características generales de la incoordinación motriz cerebelosa, son más instructivas y aparentes cuando se estudian en fases agudas, ya que en alteraciones cerebelosas crónicas entran en juego mecanismos cerebrales de compensación.

La incoordinación motriz se hace más aparente entonces en estados agudos al ejecutar movimientos complejos y cuando éstos son más rápidos.

Esos trastornos de incoordinación motriz son diferenciados como: a) *discrometría* con hipermetría y raramente hipometría.

Se hace aparente por las pruebas recomendadas por Babinski: prehensión,

inversión de la mano, pruebas del dedo nariz y dedo oreja, y la prueba de contrarresistencia al peso.

b) *Adiadococinesia*: imposibilidad de ejecutar movimientos voluntarios rápidos y sucesivos, descrita por Babinski y que fisiológicamente se interpreta como disociación excitomotora excitofrenadora: (discronometría y dismetría dice Thomas).

Se busca habitualmente por movimientos de pronación y supinación.

c) *Disartrias y disgrafías* de cierto tipo, de mecanismo más complejo, causadas por incoordinación motriz.

d) *Temblo cinético*: aparente en los movimientos voluntarios, semejante al de la esclerosis múltiple.

e) *Trastorno del equilibrio dinámico y de la marcha*.

La aparente inmovilidad de un individuo, resulta de la perfecta coordinación de la actividad muscular en estado estático, fijando los diferentes segmentos óseos en contra de la gravedad, impidiendo o corrigiendo los desplazamientos (Tono muscular postural).

La incorrecta fijación postural, se traduce por oscilaciones del cuerpo, pérdida del equilibrio y a veces caída.

Si existen estos trastornos en el equilibrio del organismo estático, tendrán que hacerse más aparentes cuando a ellos se sumen incoordinaciones motoras, al ejecutar movimientos, como los de la marcha.

En efecto: la marcha del cerebeloso es de tipo atáxico, se prese: tarán: 1°) desviaciones de ella, consecuencia de la lateropulsión homolateral, o de retro-pulsión.

2°) Habrá incoordinación entre los movimientos de los miembros inferio-

res, del tronco, de la cabeza, etc., pudiendo esta incoordinación, hacer la marcha imposible por pérdida del equilibrio y caída.

3°) Habrá incoordinación en los movimientos de los miembros inferiores, aisladamente, de dismetría, discronometría, etc., que imprimirán sus caracteres a los movimientos (marcha atáxica). Insistiremos una vez más que estas alteraciones del equilibrio y de la marcha no se modifican con la influencia del aparato visual, lo que explica también que el signo de Romberg sea negativo.

La interpretación fisiológica ha quedado implícita en la descripción anterior: trastornos de la fijación postural, y datos de hipotonía: discronometría y dismetría. Estando de acuerdo con ello muchos autores (Holmes, Telney, Noica, Rademarker, Barré, Brawer, Biemond, Rummy, Brown, etc.) interpretando así los trastornos del equilibrio, función, atribuida y específicamente al cerebelo, careciendo de fundamentos ya que obedece a otros mecanismos.

II. Síntomas Subjetivos

Sensación vertiginosa: lo que entendemos clínicamente por vértigo con sus características bien sistematizadas, consideramos que es síntoma puro del aparato vestibular de sus núcleos o sus vías.

En los pacientes cerebelosos puede haber, y hay con frecuencia, sensaciones de tipo subjetivo, semejantes o mal comparadas con el vértigo. En realidad son sensaciones de inseguridad, de lateropulsión o retro-pulsión, que corresponden como ya hemos visto a trastornos del tono muscular postural.

Síntomas vegetativos:

Pueden aparecer sudoraciones, náuseas, vómitos, etc., etc., por las relaciones centrales entre sistema cerebeloso y núcleos de la esfera vegetativa localizados en la sustancia reticular.

III. Nistagmus

El nistagmus espontáneo y provocado es un signo capital en afecciones del aparato vestibular. Las características del nistagmus vestibular, serán expuestas al tratar sobre este aparato más tarde. Su diferenciación con otros tipos de nistagmus es ampliamente conocida.

El origen cerebeloso del nistagmus no ha sido reconocido unánimemente y jamás ha sido demostrado. En ninguna época ha recibido la aprobación de fisiólogos y clínicos. Es verdad que puede aparecer en algunas afecciones cerebelosas, como tumores y abscesos o en enfermedades que tienen como substráctum anatómico principal el sistema cerebeloso, como la esclerosis en placas o múltiple. Es muy raro en las afecciones sistematizadas.

En realidad parece que el nistagmus es un síntoma de vecindad, que se presenta por comprensión sobre los núcleos vestibulares o sus conexiones.

Thomas dice: "El nistagmus, cualquiera que sea su variedad, no puede considerarse como síntoma cerebeloso".

Es posible que en ciertos casos, se hayan descrito bajo el nombre de nistagmus, fenómenos distintos.

Gordon Holmes piensa que puede ser un trastorno cerebeloso de la misma naturaleza que la incoordinación. Wilson y Pike dicen: "El nistagmus

cerebeloso se distingue del vestibular, por su irregularidad, la gran amplitud en sus oscilaciones, aparece en posición extrema de la mirada y es fugaz, resulta de la asinergia de movimientos oculares”.

El verdadero nistagmus, están de acuerdo todos los fisiólogos, tiene su origen extracerebeloso.

En lesiones cerebelosas expansivas, pueden comprometerse el aparato vestibular, sus núcleos y sus vías por compresión: Aubry ha demostrado que los tumores de los dos tercios posteriores del cerebelo no dan síntomas mencionados, dan sintomatología vestibular.

Barré, por último, piensa que cuando existe nistagmus vestibular, los padecimientos cerebelosos coexistentes,

lo pueden modificar, observándose oscilaciones más amplias, débiles e irregulares que recuerdan movimientos dismétricos.

IV. *Síntomas añadidos por lesiones a órganos vecinos*

- a) En síndromes neurológicos difusos
- b) En lesiones cerebelosas expansivas
- c) Hipertensión endocraneana
- d) Por conexiones a otros centros

En relación al título de este párrafo hay poco que añadir. Los síntomas pueden ser por: a) participación del cerebelo en padecimientos neurológicos difusos, V. gr., esclerosis múltiples;

b) por lesiones expansivas: tumores, abscesos, etc., que compriman órganos Onúcleos o vías vecinas, especialmente vestibulares; c) por efectos determinados por hipertensión craneana; d) por síndromes determinados por conexiones eferentes y aferentes del cerebelo, con , otros núcleos: vías vestibulocerebelosas: cerebelo sustancia reticular, etc., etc.

Terminado el síndrome cerebeloso, seguiremos como lo hemos anunciado con el estudio del síndrome vestibular, con el cual, establecemos diferencias clínicas y anatomofuncionales importantes en relación al primero, sirviéndonos de bases para el cuadro final, sobre el diagnóstico diferencial de los síndromes mencionados.

TRABAJOS PROSPECTIVOS

Uso de la lomifilina y dihidroergocristina en el tratamiento del vértigo de origen isquémico.

Dr. Raúl MERELES DEL VALLE*

Resumen.- Se estudia en 21 pacientes adultos de ambos sexos, con vértigo de origen vascular con acúfeno cefalea.

Se valoró la eficacia y la seguridad de una combinación fija de lomifilina + dihidroergocristina (80.0+0.8gm) en forma de grageas, que se administró 3 veces al día durante 30 días.

Hubo mejoría del vértigo en un 94.4%, el acúfeno disminuyó un 35.4%, ambos resultados tuvieron significancia estadística de $p < 0.001$ y $p < 0.005$; la cefalea se incrementó pero no tuvo valor estadístico.

Summary.- Twentyone adult patients of both sex, with vascular vertigo with or without innitus and hea-dache, were treated with a combination of limi-

filin and dihidroergocrystine. The safety and efficacy of this combination was studied.

Vertigo and tinnitus diminished with stadistical significance, while headache was the most important complication but without a stadistical significance.

Palabras clave: Vértigo, vértigo vascular, farmacología.

INTRODUCCION

Durante los últimos años se ha demostrado que el deterioro de la circulación capilar se manifiesta con alteración de la función de diversos órganos, en particular las estructuras nerviosas, cerebro, ojos, aparato cocleovestibular.^{1,2}

De este último, sus células son sensibles al cambio de presión de oxígeno y cuando esta disminuye generalmente se manifiesta por vértigo, acúfeno y cefalea como consecuencia de los cambios

originados en la endolinfa.^{3,4} Para su control se han utilizado diversos fármacos con acción sedante del laberinto o con acción vasodilatadora.⁵ De los fármacos vasoactivos se ha reportado y corroborado que los derivados del Cornezuelo de Centeno son los más activos y su mecanismo de acción se basa en el efecto estimulante sobre los receptores de la dopamina y serotonina además de bloquear los adrenoreceptores logrando restituir la circulación. Sin embargo tienen la desventaja de ser mal absorbidos por vía digestiva.^{6,7}

Zoglio en 1969 publica sus experiencias, en las cuales logra mejorar la absorción digestiva de esos derivados del Cornezuelo de Centeno, asociándolos con derivados xantínicos.^{7,8}

De los derivados del Cornezuelo de Centeno, el más activo es la dihidroergocristina, que al asociarla con un derivado xantínico: la lomifilina, se aumenta importantemente la solubilidad de la dihidroergocristina y por lo tanto

* Médico adscrito. Servicio ORL H. R. 20 de Noviembre ISSSTE.

su eficacia.^{9,10,11,12} Estos resultados han sido comprobados en la clínica.^{5,13,14,15,16,17}

Nuestro objetivo en este trabajo ha sido comprobar la eficacia de la asociación lomifilina + dihidroergocristina en el tratamiento del paciente con vértigo de origen isquémico, problema frecuente de observar en nuestra especialidad.

MATERIAL Y METODO

Se llevó a cabo un estudio clínico abierto no comparativo, en el que se incluyeron 21 pacientes adultos, ambulatorios de ambos sexos y con diagnóstico de vértigo asociado o no a cefalea. Fueron incluidos todos aquellos pacientes cuyo vértigo tuviera comienzo brusco o evolución crónica con relación a cambios posturales de la cabeza o cuello. Se excluyeron del estudio los pacientes que presentaran: insuficiencia renal, hepática o cardíaca; estado demencial; síndrome de hipertensión endocraneal; neoformaciones cerebrales, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Cada paciente fue evaluado a su ingreso y al día 30 de estar recibiendo el tratamiento para el vértigo, a la dosis de tres grageas al día de una asociación fija de lomifilina 80 mg y mesilato de dihidroergocristina (DHEC) 0.8 mg durante un mes.

Se evaluó la evolución del vértigo, acúfeno y cefalea de acuerdo a su intensidad con arreglo a la siguiente escala: 0 = ausente; 1 = leve, apenas perceptible; 2 = moderado, percepción molesta pero tolerable y 3 = severo, percepción

incapacitante o intolerable.

Respecto a la tolerancia del fármaco, también se evaluó cualquier efecto secundario que fuese atribuible al uso de la asociación de lomifilina y DHEC, tanto en su calidad como a su intensidad de acuerdo a la siguiente escala: 1 = leve, sólo aparente al pensar en él y no requiere tratamiento; 2 = moderado, es molesto pero tolerable, requiere de tratamiento sintomático y no obliga la suspensión del fármaco; 3 = severo, intolerable para el paciente y no aceptable para el investigador, obliga la suspensión de la medicación e instalación de tratamiento sintomático.

Para la valoración final del tratamiento se empleó el siguiente criterio: Muy bueno = desaparición de la sintomatología, Bueno = Disminución de la sintomatología y sólo perceptible en forma esporádica durante el día y no impedía la actividad diaria. Regular = Sintomatología perceptible durante el día, impidiendo la actividad diaria, pero sin necesidad de encamar al paciente; Nula = empeoramiento de la sintomatología y/o impedimento de la actividad diaria y necesidad de encamar al paciente.

Los resultados fueron analizados por medio de pruebas paramétricas (estadístico "t") y no paramétricas (chi cuadrada) para un nivel de significación estadística de $p = 0.05$.

RESULTADOS

De los 21 pacientes estudiados fueron diez masculinos y once femeninos cuya edad promedio fue de 49.3 ± 18.6

años, todos ambulatorios.

De nuestro grupo estudiado el 19% tenía antecedentes familiares de diabetes mellitus, el 14.3% de hipertensión arterial, 4.8% de artropatía, 8 (38.1%) con sobrepeso, hipertensión arterial, diabetes y artropatías, en los cuales coincidían 2 o más de estas patologías (tabla 1).

En cuanto a las patologías asociadas al vértigo de origen vascular, en el 23.8% lo estaba con el stress; con diabetes, hipertensión arterial y sobrepeso el 4.7% para cada una y el 28.4% de los pacientes presentaban sobrepeso, hipertensión arterial, arterioesclerosis e insuficiencia cerebro vascular, en los cuales estaban asociadas dos o más de las patologías señaladas (tabla 1).

De acuerdo a las patologías estudiadas, 10 pacientes presentaban síndrome vestibular de origen circulatorio, 8 laberintitis aguda y 3 vértigo post-traumático.

Se evaluó en todos nuestros pacientes el vértigo, el acúfeno y la cefalea, su grado de intensidad se determinó según la escala indicada en metodología; antes de iniciar el tratamiento, el grado de intensidad del vértigo fue de 2.52, que se calificó como ligeramente superior a moderado en el 100% de los pacientes estudiados; en cuanto al acúfeno, este estaba presente en 8 pacientes con una intensidad promedio de 1.75 y la cefalea en 5 pacientes con una intensidad leve (tabla 2).

Al finalizar el tratamiento se volvió a evaluar el grado de intensidad de los

tres síntomas antes mencionados, encontrándose para el vértigo una intensidad promedio de 0.14, que comparándola con la intensidad inicial, significa una mejoría del 94.4%, el acúfeno disminuyó a una intensidad promedio de 1.13, lo que significó una mejoría del 35.4%, la cefalea presentó al final del estudio un incremento en la intensidad de 0.2, lo que significó un aumento en la intensidad del 25%.

Tanto el vértigo como el acúfeno al final del estudio tuvieron una mejoría estadísticamente significativa de $p < 0.001$ y $p < 0.005$ respectivamente; el incremento en la intensidad de la cefalea no tuvo valor significativo (tabla 1, gráfica 1).

En el área de tolerancia, un solo paciente reportó efectos indeseables, en forma de cefalea intensa que obligó a suspender la terapia, al octavo día de haber iniciado la terapia.

En cuanto a la eficacia terapéutica de acuerdo a las patologías estudiadas se reportan en la tabla 3.

La eficacia del tratamiento fue realizada también por el paciente y un familiar cercano al paciente.

Desde nuestro punto de vista tuvimos en forma global una eficacia (muy buena y buena) en 17 pacientes 85.0%. La evaluación del paciente y del familiar se encuentra reportada en la tabla

4, en la que se puede observar que no hay diferencias porcentuales importantes y estadísticamente no hay entre ellas significancia.

DISCUSION

Encontramos que el grupo estudiado, la incidencia del vértigo se dio en relación al sexo 1+1.1 hombre-mujer, la mayor frecuencia del vértigo la encontramos en la 4a. década de la vida, asociada en el 23.8% con el stress y en el 28.4% asociado a hipertensión arterial, sobrepeso y diabetes mellitus.

Respecto a la eficacia terapéutica de acuerdo a las patologías estudiadas obtuvimos en el síndrome vestibular de origen circulatorio 80.0%, en el vértigo por laberintitis aguda 87.5% y el 100% en el vértigo postraumático.

En el total de pacientes que estudiamos, logramos una eficacia terapéutica del 85.0% en el control del vértigo.

La tolerancia fue buena en 20 de los 21 pacientes estudiados y sólo en 1 paciente 4.8% se presentó cefalea intensa que obligó a suspender la terapia, al octavo día de haber iniciado la administración del medicamento, cefalea que desapareció con terapia analgésica.

Por los resultados obtenidos, con la asociación de lomifilina+dihidroergocristina, a las dosis manejadas y en las patologías estudiadas, considero que es un medicamento adecuado y útil en el control del vértigo de origen isquémico, con una buena tolerancia.

TABLA 1
ANTECEDENTES

PATOLOGIAS	FAMILIARES		PATOLOGICOS	
	Nº de pacientes	%	Nº de pacientes	%
DIABETES	4	19.0	1	4.7
HIPERTENSION ARTERIAL	3	14.3	1	4.7
REUMATICOS	1	4.8	-	-
STRESS	-	-	5	23.8
SOBREPESO	-	-	1	4.7
ASOCIADAS*	8	38.1	6	28.4

* Con diversas patologías incluyendo las mencionadas.

TABLA 2

EVOLUCION DE LA SINTOMATOLOGIA

	N° PACIENTES	PROMEDIO		% MEJORIA	P<
		INICIAL	FINAL		
VERTIGO	21	2.52	0.14	94.4	0.001
ACUFENO	8	1.75	1.13	35.4	0.005
CEFALEA	5	0.80	1.0	(25.0)***	(N.S.)**

0= Ausente 1= Leve 2=Moderado 3= Severo

**N.S. = No significativo.

*** % Empeoramiento.

TABLA 3

**EFICACIA VALORADA POR EL INVESTIGADOR SEGUN
PATOLOGIAS ESTUDIADAS**

	N° de Pac.	Eficacia: N° pacientes (%)			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Nulo
Síndrome vestibular de origen circulatorio	10	5 (50.0)	3(30.0)	1(10.0)	1(10.0)
Láberintitis aguda	8	4(50.0)	3(37.5)	-----	1(12.5)
Vértigo postraumático	3	1(33.3)	2(66.7)	-----	-----

TABLA 4

EVALUACION GLOBAL EFICACIA

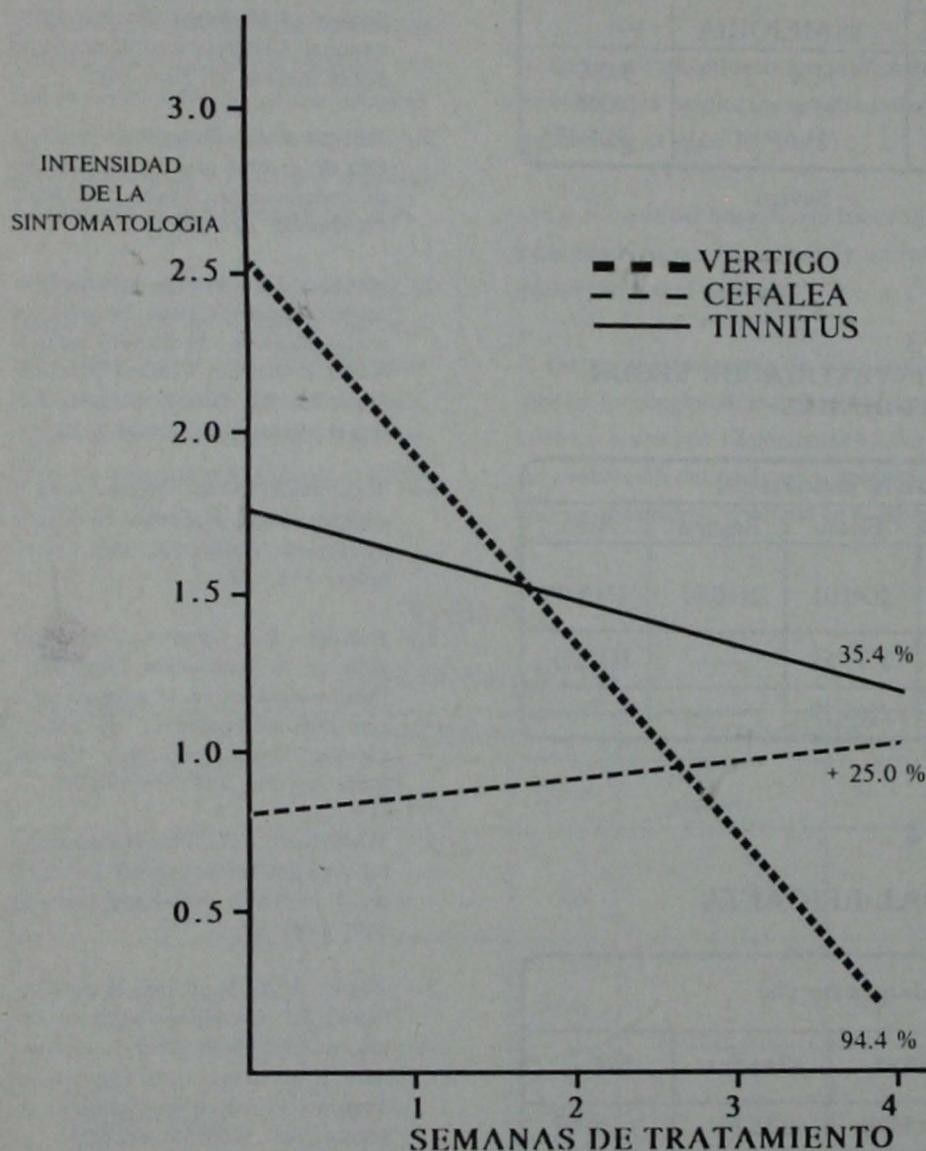
	N° de Pac.	Eficacia: N° de pacientes (%)			
		Muy Bueno	Bueno	Regular	Nulo
Investigador	20	10 (50.0)	7 (35.0)	1 (5.0)	2 (10.0)
Paciente	20	17 (85.0)		2 (10.0)	2 (10.0)
		9 (45.0)	7 (35.0)		
Familiar	18	16 (80.0)		1 (5.6)	2 (11.1)
		9 (50.0)	6 (33.3)		
		15 (83.3)			

**REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS**

- 1.- Wolf. A: Update on epidemiology of stroke: epidemiological therapeutic and socio-economic aspects. Royal Society of Medicine Service, International Congress and Symposium Series number 99, Nov. 1985.
- 2.- Astorga. D.R.: Tratamiento del Vértigo de diverso origen con mesilato de codergocrina. Anales Soc. Mex. Otorrinolar 1985.30:
- 3.- Gautier. J.C.: Vértigo in ischaemic cerebrovascular disense in basis for a classification of cerebral arterial diseases. Current Clinical Practice, Serie: 22 Ed Coubier Robert, Excerpta Medica Ams-terdam 1985.
- 4.- Valenzuela. D.R.: Otoesclerosis y vértigo: Consideraciones clinicas y quirúrgicas. Anales Soc. Mex Otorrinolar, 1985.30:
- 5.- Fábregas. R.A, Guerrero. J.A: Actividad de la Asociación Lomifilina-Dihidroergocrina en comparación con Dihidroergotoxina en Insuficiencia Vasculocerebral. Prensa Med. Argent. 1982. 69:691-95.
- 6.- Wittenborn. J.R.: Pharmacotherapy for Age-Related Behavioral Deficiencies. I. of Nerve and Mental Diseases 169; 1981.
- 7.- Zoglio. M.A., Maulding. H.V, Winheuser J.J: Complexes of Ergot Alkaloids and Derivatives I: Interaction of Caffeine with Ergotamine Tartrato in Aqueous Solution. J. Pharm. Sci. 1969, 58: 222-225.
- 8.- Berde. B.: Studies of the interaction between ergot alkaloids and xantine derivatives, in William Heinemann, "Background to Migraine". Third magqraine Symposium London, 1968, 3: 80-102.
- 9.- Zoglio. M.A., Maulding. H.V.: Complexes of Ergot Alkaloids and Derivatives II: Interaction of Dihy-

GRAFICA 1

PORCENTAJE DE DISMINUCION EN LA SINTOMATOLOGIA



droergotoxine with certain Xantines. *J. Pharm. Sci.* 1970, 59: 215-219.

10.- *Maulding, H.V., Zoglio, M.A.*: Complexes of Ergot Alkaloids and Derivatives III: Interaction of Dihydroergocristine with Xantine Analogs in Aqueous Media. *J. Pharm. Sci.* 1971. 59: 384-386.

11.- *Maulding, H.V., Zoglio M.A.*: Complexes of Ergot Alkaloids and Derivatives IV: Investigations into the nature of Ergot Alkaloid-Xantine Complexes' *J. Pharm. Sci.* 1970. 59:1673-1675.

12.- *Zoglio, M.A., Maulding, H.V.*: Complexes of Ergot Alkaloids and Derivatives V: Interaction of Methysergide Meleate and Caffeine in Aqueous Solution. *J. Pharm. Sci.* 1970, 59:1836-1937.

13.- *Valdes, F.E., Gimenez, J.C., Debián, A.M.*: Estudio doble ciego comparativo entre Lomifilina, Dihydroergocristina y ambas drogas asociadas en pacientes con Insuficiencia Cerebrovascular crónica. *Prensa Med. Argent.* 1985,72:94-97

14.- *Prado, A.A.*: Uso de la asociación Lomifilina+Dihydroergocristina en el tratamiento de origen circulatorio. Resultado en 251 pacientes. Pendiente publicación.

15.- *Valencia G.C., Valencia G.*: Uso de la asociación Lomifilina + Dihydroergocristina en el tratamiento del vértigo de origen circulatorio. Resultado en 158 pacientes. Pendiente publicación.

16.- *Valencia, G.C.*: Estudio comparativo de la eficacia y seguridad de Lomifilina + Dihydroergocristina vs. cinnarizina en pacientes con vértigo de origen circulatorio. Pendiente publicación.

17.- *Chavolla, C.N., Chavolla R.*: Asociación terapéutica Lomifilina + Dihydroergocristina en el tratamiento del vértigo de origen isquémico. Pendiente publicación.

TRABAJOS RETROSPECTIVOS

Costo de la estenosis post - intubación traqueal*

Resumen.- Uno de los factores más importantes en la etiología de la estenosis traqueal post-intubación, es la necrosis causada por presión de las sondas endotraqueales.

Está demostrado que los tubos con globo de alta presión y bajo volumen, condicionan con mayor frecuencia ésta patología, por lo cual se han modificado las características de los mismos utilizando globos de baja presión y alto volumen logrando con esto disminución de las estenosis.

Se estudió el costo del tratamiento quirúrgico de un paciente con estenosis

traqueal post-intubación, comparándolo con el costo de los diferentes tubos endotraqueales, concluyendo que una sola cirugía puede financiar varios cientos de tubos de Silastic con globo adecuado y que el ahorro inicial a la larga resulta ser un alto costo tanto económico como humano.

Summary.- Pressure necrosis of the tracheal wall by de cuff of an endotracheal tube is one of the mosto important factors in the etiology of post-intubation laryngotracheal stenosis (PILS).

It has been shown in various studies that a low pressure high volume cuff is associated with a far lower incidence of PILS than a high pressure low volume cuff.

We compared the cost of surgical treatment of a patient with PILS to the difference in price between the endotra-

Dr. Johannes BORGSTEIN VAN WIJK**
Dr. Antonio SODA MERHY**
Dr. Jaime FERNANDEZ ESPINOSA**

cheal tubes, concluding that a single surgery will finance several hundred of the more expensive silastic tubes with low pressure high volumen cuff, so that the initial saving is largely a matter of false economy.

Palabras clave: estenosis traqueal, traquea, sondas.

INTRODUCCION

La intubación prolongada de la tráquea y la ventilación mecánica en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda ha llegado a ser uno de los procedimientos comunes en las unidades de cuidados intensivos.³ Esto ha salvado numerosas vidas; sin embargo ha producido un incremento en el número de casos de estenosis subglóticas y traqueales, como lo demuestran varias publicaciones; como por ejemplo

* Trabajo presentado en las XX Jornadas Médicas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, del 18 al 22 de Julio de 1988.

** Servicio de Otorrinolaringología

citamos la serie de Grillo de 200 casos de resecciones de estenosis traqueales y anastomosis terminales por estenosis post-intubación.⁴⁻⁸

Nuestro país no escapa a estos problemas y en todas las instituciones hospitalarias continuamente nos tenemos que enfrentar a estos pacientes.

El costo del tratamiento es alto ya que se tienen que llevar a cabo varios procedimientos diagnósticos como son los radiológicos y endoscópicos, para finalmente llegar a la resección quirúrgica.

La mayoría de las complicaciones del paciente intubado resultan de la presión excesiva del globo, del tipo de sonda y del tiempo de intubación; con esta inquietud investigamos en diferentes centros hospitalarios del tipo de tubos endotraqueales que utilizaban y encontramos que en la mayoría eran los de hule rojo con globos de alta presión y bajo volumen, tanto en los servicios de anestesiología como de terapia intensiva, argumentado el bajo costo de estas sondas en comparación con los de Silastic provistos de globos de baja presión y alto volumen (foto 1), que está demostrado por numerosos reportes que disminuye en forma importante las complicaciones.^{1,2,3}

El propósito del presente trabajo fue el de comparar el costo promedio del tratamiento quirúrgico de un paciente con estenosis post-intubación traqueal (EPIT) en relación a la diferencia de costo de los tubos endotraqueales más adecuados.

El problema se inicia por la presión

ejercida por el globo en la mucosa traqueal, pericondrio y cartilago. Esto resulta en necrosis de la mucosa y pericondrio con degeneración subsecuente del cartilago expuesto. El área necrótica es reemplazada por tejido de granulación, el cual si es abundante puede causar un grado de estenosis. Más importante, es la fibrosis circular subsecuente y retracción cicatrizal del segmento dañado. Donde ha habido destrucción cartilaginosa resulta además del estrechamiento por fibrosis un área de colapso o estenosis funcional debido a la falta de soporte. (Esquema 1).

El daño generalmente es proporcional a la presión ejercida por el balón y a la duración de la intubación; de tal forma que la intubación anestésica de pocas horas habitualmente no da problemas, en cambio la intubación prolongada en una unidad de cuidados intensivos es más factible que produzca la lesión subglótica o traqueal.^{5, 6,7}

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los expedientes clínicos de 7 pacientes tratados por estenosis laringotraqueal iatrogénica durante los primeros 6 meses de 1988, determinándose los siguientes parámetros:

- 1) Tiempo de hospitalización y costo
- 2) Tiempo quirúrgico y costo
- 3) Edad promedio de los pacientes

Los costos fueron obtenidos a través del departamento de planeación de I.N.E.R.

Se solicitaron presupuestos, del costo de los diferentes tubos endotraqueales.

RESULTADOS

El rango de edad de los pacientes osciló entre los 17 y 35 años con una media de 25. La estancia hospitalaria fue entre 12 y 19 días con un promedio de 15.3 y el tiempo quirúrgico de procedimiento fue de 4 horas. El departamento de planeación calculó el costo diario por paciente en 292,545 pesos y de 170,000 por hora quirúrgica (vigente a julio de 1988). El resultado total fue de 5,146,838. Por hospitalización y cirugía sin tomar en cuenta procedimientos (diagnóstico endoscópicos, radiológicos y de laboratorio) ni otras admisiones hospitalarias y visitas en consulta externa.

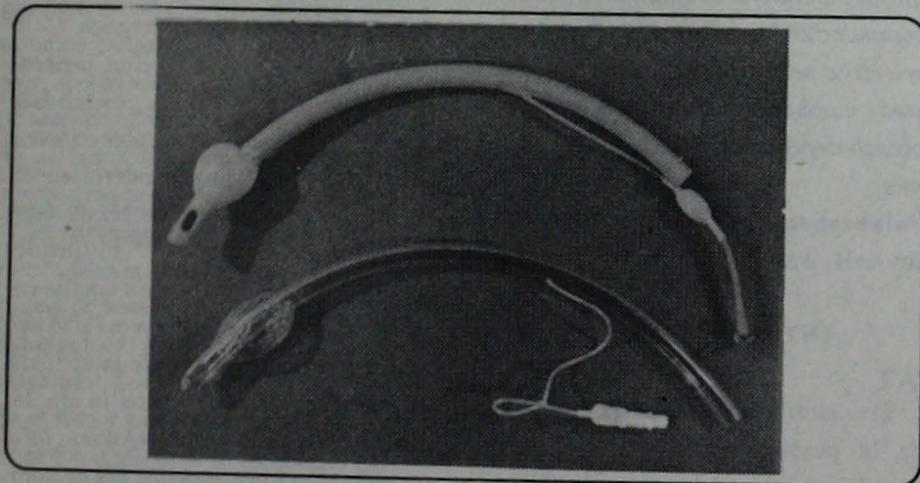
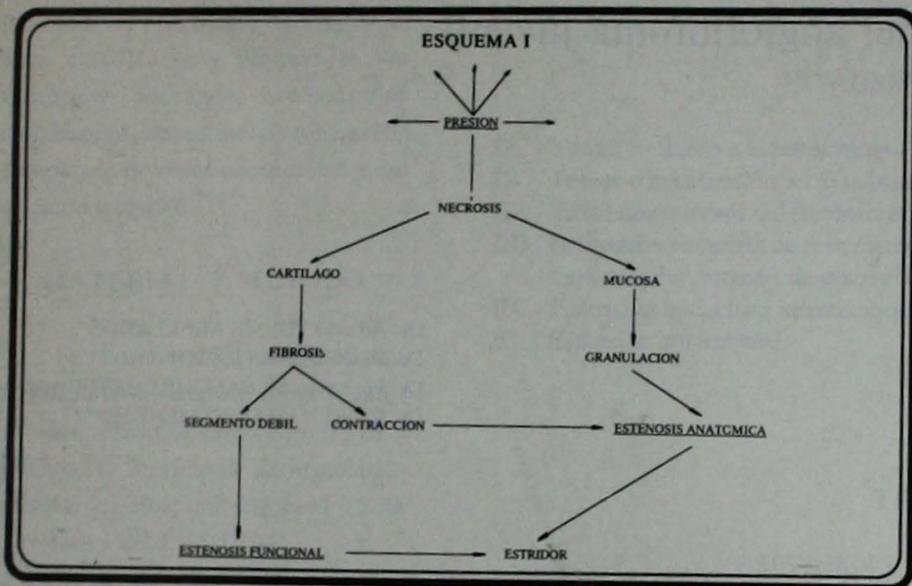
En contraste, la diferencia en precios entre los tubos fue de 23,300 para el más adecuado.

Es claro por lo tanto, que por cada paciente con estenosis laringotraqueal se pueden adquirir 221.8 tubos endotraqueales de silastic con globos de baja presión y alto volumen.

COMENTARIO

Desde este punto de vista, los tubos de silastic presentan ventajas económicas considerables, especialmente en intubación a largo plazo. Es importante hacer notar que sólo se tomó en cuenta el procedimiento quirúrgico de la plastia laringotraqueal en promedio de un solo caso.

El costo de las EPIT es en realidad mayor tanto en términos humanos como económicos; ya que es imposible calcular el sufrimiento del paciente



así como la pérdida de ingresos familiares y las erogaciones a la que se ven involucrados, además de que el paciente con esta patología está incapacitado para laborar. En el presente estudio no se consideraron los costos de estudio de laboratorio, de gabinete, procedimientos endoscópicos y otros procedimientos quirúrgicos, que aumentarán en forma importante el costo. La duración de la intubación depende de la enfermedad que la condicionó y usualmente no puede ser acortada, por lo que la traqueostomía debe ser tomada en cuenta en paciente con intubación prolongada.

Otros factores que deben ser tomados en cuenta para la producción de EPIT son la infección agregada y la manipulación excesiva de la sonda.

El uso de tubos de silastic no solucionará completamente el problema de las EPIT pero reducirá su frecuencia aunado a poner mayor atención a la presión del globo, a la esterilización del material y a la fijación de las sondas para que sean menos traumáticas.

CONCLUSIONES

La estenosis post-intubación tra-

qual es una enfermedad de alto costo económico y humano, y la mayoría de las veces puede ser previsible llevando a cabo un manejo adecuado.

La diferencia de costo entre los tubos no justifica seguir utilizando los de hule rojo con globo de bajo volumen y alta presión ya que está comprobado que es un factor importante en la producción de EPIT.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Whited, R. E. A:* Prospective study of laryngotracheal sequelae in long term intubation. *Laryngoscope*. 1984 94:367-377.
 - 2.- *Watson, C.B.A:* Survey of intubation practices in critical care medicine. *EAR, Nose Throat J*. 1983.62:76-93.
 - 3.- *Briggs, B.D:* Prolonged endotraqueal intubation. *Anesthesiology*, 1950 11:129-131.
 - 4.- *Cooper, J.D., Grillo, H.C:* Experimental production and prevention of injury due to cuffed tracheal tubes. *Surg. Gynecol. Obstet*. 1969.129:1-235.
- Donnelly, W.H:* Histopathology of endotracheal intubation: an autopsy study of 99 cases. *Arch. Pathol*. 1969. 88:511-520.
- Kastanos, N., Miro, R.E:* Laryngotracheal injury due to endotracheal intubation: incidence, evolution and predisposing factors. A prospective longterm study. *Crit. Care Med*. 1953. 11(5):362-367.
- Weymuller, K.A:* Laryngeal injury from prolonged endotracheal intubation. *Laryngoscope*. 1988.98:8.
- Grillo, H.C:* Management of tracheal stenosis, In Snow J.B. *Controversy in Otolaryngology*, Ed W.B. Saunders Company 1980:565.

Experiencia en el manejo del angiofibroma juvenil

Dr. Alberto TUEME ARELLANO*
Dr. David LUNA PRADO*
Dr. Francisco M. SANCHEZ ORTEGA**
Dr. Rafael NAVARRO MENESES**

Resumen.- Se presentan doce casos de angiofibroma juvenil, tratados en el servicio de otorrinolaringología del H. R. 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E., entre los años de 1978 y 1987.

La edad promedio de los pacientes, fue de 15 años, y el síntoma predominante, obstrucción nasal. La evaluación preoperatoria incluyó tomografía axial computada y arteriografía selectiva.

El presente estudio propone el abordaje quirúrgico adecuado, dependiendo del estadio del tumor.

Summary.- The authors present a series of 12 juvenile nasopharyngeal angiofibroma treated from 1978 to 1987. The average age was 15 years and the main symptom was nasal obstruction.

* Residente de III grado del Hosp. Reg. 20 de Noviembre.

** Médico Adscrito del Hosp. Reg. 20 de Noviembre.

Trabajo presentado en el Congreso de la Soc. Mex. de ORL XXXVIII. Acapulco Gro. 1988.

the preoperative evaluation include computerized tomography as well as selective arteriography. The present study emphasize that the surgical approach depends on the size of the tumor.

Palabras claves: Angiofibroma juvenil, tumores nasales.

INTRODUCCION

El angiofibroma juvenil es el tumor de la nasofaringe más común en los adolescentes del sexo masculino^{1,2,3,4}; es benigno y muy vascularizado.

Hipócrates fue el primero en describirlo, como una masa de naturaleza polipoide y sangrante⁵; en 1940 Friedberg le dio nombre a esta tumoración, como angiofibroma.⁶

La sintomatología más frecuente referida en la literatura, es la epistaxis y la obstrucción nasal.^{3,5,6,7,8,9,14}

También se presentan con frecuencia: deformidad del paladar, asimetría facial, proptosis y otitis serosa unilateral^{5,10,11}. Se presenta entre los siete y

veintiún años, con un promedio, entre los catorce y los dieciocho años^{1,3,4,5}

Su etiología es desconocida, pero en 1959 Schiff⁶, postuló la posibilidad que una raíz de tejido vascular ectópica hamartomatosa, se escondería en el periostio de la nasofaringe, siendo ésta la causa más probable.^{4,5,6} El sitio de implantación tiene una base amplia en la pared posterolateral de la cavidad nasal, a nivel de la unión de la apófisis esfenoidal del palatino con la ala de vómer y la apófisis pterigoides, formando el margen superior del agujero esfenopalatino, razón por la cual se invade al esfenoides, a la nasofaringe y a la fosa pterigomaxilar.^{6,8}

Estudios angiográficos, han demostrado que su principal aporte sanguíneo lo recibe de la arteria maxilar interna ipsilateral^{5,6}, pudiendo recibir irrigación contralateral y del sistema de la carótida interna, sobre todo en los tumores de gran tamaño y en los que existe invasión intracraneal.²

El angiofibroma juvenil suele ser más extenso de los que se aprecia en la exploración física. Para conocer su ex-

tensión total y su patrón de irrigación, para clasificarse y planear la vía quirúrgica adecuada. Los estudios diagnósticos, deben incluir tomografía computada de senos paranasales y angiografía carotídea ^{8,10}

MATERIAL Y METODO

Se revisaron doce pacientes con diagnóstico de angiofibroma juvenil tratados quirúrgicamente de 1978 a 1987, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E.

Se consideraron los siguientes parámetros: edad, síntomas principales, estudios radiológicos, estadio del tumor, abordaje quirúrgico, ligadura o no de carótida externa, volumen de sangrado, así como utilización de radioterapia y evolución post-operatoria.

Se utilizaron los criterios de Sesión ⁶, para la clasificación del estadio, el cual se basa en los hallazgos clínico radiológicos, para el crecimiento y la extensión; describe al estadio IA cuando el tumor está limitado a la nasofaringe o coanas, estadio IB cuando existe extensión dentro de uno o más senos paranasales; estadio IIA es la extensión a través del forámen esfenopalatino dentro de la parte medial de la fosa pterigomaxilar (FPM) en el estadio IIB, existe completa ocupación de la FPM, con desplazamiento de la pared posterior del seno maxilar hacia adelante con posible extensión superior erosionando los huesos de la cavidad orbitaria; estadio IIC implica extensión a través de la FPM dentro de la fosa infratemporal y mejilla; el estadio III tiene extensión intracraneal. (tabla I).

TABLA I

ESTADIOS SEGUN SESSION

- IA - Tumor limitado a la nasofaringe
- IB - Tumor con extensión a 1 o más senos paranasales
- IIA - Extensión a través del foramen esfenopalatino hacia fosa pterigomaxilar
- IIB - Ocupación completa de fosa pterigomaxilar desplazamiento de pared posterior de seno maxilar, erosión de piso orbitario.
- IIC - Extensión hacia fosa infratemporal y mejilla
- III - Extensión intracraneal

TABLA II

SINTOMAS MAS FRECUENTES

1. Obstrucción nasal	41.6%
2. Epistaxis	41.6%
3. Deformidad del paladar	25.0%
4. Asimetría facial	25.0%
5. Proptosis	16.6%
6. Otitis serosa unilateral	8.3%

TABLA III

Estadio	Casos	Porcentaje
IB	2	16.6%
IIA	3	25.0%
IIB	5	41.6%
IIC	1	8.3%
III	1	8.3%

TABLA IV

Tipo de Cirugía	Casos	Porcentaje
1. Transpalatina	5	41.6%
2. Rinotomía lateral	4	33.3%
3. Sublabial ampliado	2	16.6%
4. Calwell - luc	1	8.3%

RESULTADOS

La edad de los pacientes fluctuó entre los doce y veintiocho años, con un promedio de 15 años. Todos del sexo masculino.

El síntoma principal, causa directa de consulta fue en cinco pacientes epistaxis, en cinco obstrucción nasal, por cuadros gripales frecuentes en uno y otro por rinorrea persistente. Es importante mencionar que los pacientes además de su síntoma principal tenían otras manifestaciones como voz nasal, exoftalmos y sensación de oído tapado, en algunos casos. (tabla II).

Los estudios radiológicos realizados a los pacientes, fueron en todos los casos: radiografías simples, tomografía lineal de senos paranasales, angiografía carotídea, tomografía computarizada, y en tres de ellos arteriografía por sustracción digital, además al 50% de la serie se sometió a embolización selectiva tipo Seldinger, 24 a 48 horas previas a la cirugía; uno de los pacientes embolizados presentó como complicación, espasmo arterial de la arteria cerebral media, manifestándose como hemiplejía transitoria y sin secuelas.

A todos los pacientes se les hizo tomografía computarizada pre y postoperatoria a los 6 y 12 meses.

En la tabla III se muestra la clasificación según Session de nuestros 12 casos. La vía de abordaje quirúrgica, varió, se utilizó la vía transpalatina en cinco casos, rinotomía lateral en cuatro casos, abordaje sublabial ampliado en dos casos, y Caldwell-Luc en 1 caso (tabla IV).

Aunque a todos los pacientes se les refirió la arteria carótida externa sólo en cuatro ameritó ligadura de ésta. Se

realizó traqueostomía en cinco de los pacientes sin estar en relación con la extensión del tumor sino de acuerdo al tipo de abordaje transpalatino.

El sangrado transoperatorio fluctuó entre los 1000 y 2000 ml. y sólo en uno de los pacientes en estadio IIB, el sangrado fue de 5000 ml., con rinotomía lateral sin embolización preoperatoria ni ligadura de carótida.

La radioterapia fue necesaria en dos pacientes, los cuales tenían una tumoración en estadio IIC y III de Session; al primero se le administró 2400 rads y al segundo 3000 rads. Actualmente los doce pacientes se encuentran bajo control médico.

DISCUSION

El angiofibroma juvenil es un reto diagnóstico y quirúrgico para el otorrinolaringólogo. El tamaño del tumor en la nasofaringe no representa la extensión verdadera, el tamaño del tumor puede ser solamente "La punta del Iceberg", por lo que nos debemos apoyar en la tomografía computada para conocer el tamaño del tumor, el cual junto con su localización permitirá su clasificación, y es por esto que se escogió la tabla de Session.^{5,6,9}

Las arteriografías bilaterales de la carótida externa e interna son esenciales para el diagnóstico y manejo del tumor^{5,10} pues si tienen extensión intracraneal, en las fosas cerebrales anterior y media su irrigación será a expensas de la carótida interna y habrá que realizar un abordaje conjunto con neurocirugía para la extirpación total del mismo.¹⁰

Coincidimos con los diferentes autores en que la cirugía es el tratamien-

to de elección para pacientes sanos y sin invasión intracraneal.^{5,6,7,9,12}

El abordaje transpalatino lo realizamos en el 41.6% de los casos hasta 1982³, posterior a esta fecha, fueron manejados los casos con abordajes de rinotomía lateral¹⁴, y en el último año con abordaje sublabial ampliado^{15,16} los cuales han demostrado buenos resultados; consideramos importante la clasificación del tumor según los hallazgos clínico-radiológicos para poder comparar resultados con otras series, y planificar la vía de abordaje más adecuada.^{5,6,9}

Consideramos que el abordaje quirúrgico para los estadios IA al IIC pueden ser: la rinotomía lateral o el abordaje sublabial ampliado^{14,15,16} dependiendo de la experiencia del cirujano, aunque el segundo es mejor, por dar una visión más amplia y mejores resultados estéticos; en el estadio III deberá usarse un abordaje combinado intra y extracraneal ya que la invasión intracraneal no contraindica el manejo quirúrgico.^{5,9,10,17}

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Rodríguez Cuevas H.: Resección del angiofibroma rinofaríngeo por una nueva vía transpalatina. Anales Soc. Mex. ORL 1966,11:237-242.
- 2.- Gill Gus, Rice D.H., Ritter F.N., Kindt G., Russo A.R.: Intracraneal and extracraneal nasopharyngeal angiofibroma. A surgical approach. Arch Otolaryngol 1976,102:371-373.
- 3.- Gortari E., Soda Merhy A.: Angiofibroma juvenil. Anales Soc. Mex. ORL 1977,23:10-12.
- 4.- Batsakis J.G.: Tumors of the head

and neck. 296-300.

Williams and Wilkins. Baltimore. London. 1979.

5.- *Dumaine López A., Pardo Martínez R.*: Angiofibroma juvenil nasofaringeo.

Experiencia en el Hospital Central Militar. Tesis recepción. 1987.

6.- *Gullanc P.S., Havas T.E.*: Nasopharyngeal angiofibroma. 178-181.

Current therapy in otolaryngology-head and neck surgery. B.C Decker INC. San Antonio, Texas. 1987.

7.- *Bremer J.W., Neel H.B.*: Angiofibroma: treatment trends in 150 patients during 40 years. Laryngoscope 1986, 96:1321-1329.

8.- *Harrison D.F.*: The natural history, pathogenesis, and treatment of juvenile angiofibroma. Arch otolaryngol head neck surg. 1987, 113:936-942.

9.- *Antonelli A.R., Cappiello J.*: Diagnosis, staging, and treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. Laryngoscope 1987, 97:1319-1325.

10.- *Standfer J., Gates G.A.*: Combined intracranial and extracranial excision of nasopharyngeal angiofibroma. Laryngoscope 1983;772-778.

11.- *Fitzpatrick P.J.*: The nasopharyngeal angiofibroma. Arch Otolaryngol 1980, 106:234-236.

12.- *Waldman E.R., Levine H.L.*: Surgical experience with nasopharyngeal angiofibroma. Arch Otolaryngol 1981, 107:677-682.

13.- *Hoover L.A., Hanafee W.N.*: Differential diagnosis of nasopharyngeal tumors by computed tomography scanning. Arch Otolaryngol 1983, 109:43-47.

14.- *Mertz J.S., Pearson B.W., Kern E.B.*: Lateral rhinotomy. Arch Otolaryngol 1983, 109:235-239.

15.- *Anand V.K., Conley J.J.*: Sublabial surgical approach to the nasal cavity and paranasal sinuses. Laryngoscope 1983, 93:1483-1484.

16.- *Sánchez Marle J.F., Mares Hernández M.L.*: Abordaje sublabial ampliado. Experiencia de dos años. Anales Soc. Mex. ORL 1987, 33:125-131.

17.- *Fisch U.*: The infratemporal fossa approach for nasopharyngeal tumors. Laryngoscope 1983, 93:36-44.

Técnica del desguante facial

DR. J. Ramón ESCAJADILLO*

Resumen.- En el abordaje quirúrgico de las estructuras del macizo facial medio, se han empleado incisiones faciales externas, ya sea a través de los senos paranasales, de la nariz o por vía transpalatina. La técnica del desguante facial, concebida por vez primera por Portmann y Retrovey, evita cicatrices externas, permitiendo la remoción de patología nasal y de los senos paranasales, además de representar una técnica alternativa en las lesiones de la base del cráneo, para lo cual se le puede combinar con craneotomías temporales, frontales y resecciones cráneo-faciales. En este reporte se describe la técnica del desguante facial y se presentan dos casos clínicos.

Summary: The surgical approach of the midfacial structures has traditionally been by means of external facial incisions, be it through the paranasal sinuses, the nose or the transpalatine approach. The midface degloving technique, conceived by Portmann and Re-

trovey, avoids external scars, and pathology of the nose and paranasal sinuses can be removed; this is an alternative technique for lesion of the skull base, and it can be combined with temporal and frontal craniotomies and cranio-facial resections. In this report we give a description of the midface degloving technique and present two clinical cases.

Palabras claves: base de cráneo, tumores nasales.

INTRODUCCION

En forma clásica, el abordaje quirúrgico de las estructuras del macizo medio, ha sido mediante el empleo de incisiones faciales externas, ya sea a través de los senos paranasales, de la nariz o por vía transpalatina.

Portmann y Retrovey (1927)¹ describen por primera vez un abordaje sublabial transoral durante la elaboración de una maxilectomía radical, vía que con discretas modificaciones da origen a la técnica quirúrgica del desguante facial. Maniglia (1971)² reporta su experiencia utilizando dicha técnica en la excisión de angiofibromas nasofaríngeos que se extendían hasta los se-

nos paranasales y la mejilla. Casson (1974)³ la emplea en el tratamiento de fracturas y procedimientos reconstructivos de los huesos del macizo facial. Conley y Price (1979)⁴ reportan 26 tumores manejados a través de esta vía; Sach y Conley (1984)⁵ describen su experiencia con 46 casos de papilomas nasales invertidos, los cuales se asociaron a una mínima morbilidad. Maniglia (1986)⁶ reporta 30 casos durante un periodo de 15 años en los que removió tanto tumores benignos como malignos a través de este abordaje. Price (1986-1987)^{7,8} lo utiliza como una técnica alternativa en las lesiones de la base del cráneo, combinándola tanto con craneotomías temporales, frontales y resecciones cráneo-faciales.

TECNICA QUIRURGICA

En términos generales, la técnica del desguante facial se concibe como una modificación quirúrgica en el levantamiento de la piel y partes blandas del techo de la nariz, en conjunto con una incisión sublabial bilateral extensa. Los tiempos quirúrgicos consisten en:

1.- Administración de anestesia general con intubación orotraqueal. Se

* Centro Otorinolaringológico Tijuana.

aconseja asegurar el tubo endotraqueal en el lado contralateral a la lesión, o bien en la línea media.

2.- Aplicación de taponamientos nasales bilaterales con algodón humedecido en nosinefrina al 1%, seguido de la infiltración local de xilocaína con epinefrina al 2:100,000, de la manera habitual para una rinoplastia. El surco buco-gingival y ambas fosas caninas son infiltradas de una manera similar.

3.- Realización de una incisión de transfixión completa, seguida de incisiones bilaterales intercartilaginosas, con el objeto de separar la punta nasal del dorso mediante una desesqueletización cuidadosa. Las incisiones se extienden alrededor de la abertura piriforme para efectuar una liberación circunvestibular.

4.- Incisión sublabial que ve de un primer molar al contralateral pasando por la línea media.

5.- Los tejidos blandos del dorso nasal se levantan en un plano subperióstico, y los de la mejilla también se elevan y disecan de la porción anterior del maxilar, desde su cara más lateral hasta los huesos nasales y reborde infra-orbitario, teniendo cuidado de proteger al paquete vasculo-nervioso que emerge del forámen infra-orbitario.

6.- El resto de las partes blandas se liberan de la columela y de la espina nasal anterior, para conectar así a las incisiones nasal y sublabial, con lo que se completa la liberación de las partes blandas del centro de la cara.

7.- En seguida, el labio superior, junto con la columela y la punta nasal, incluyendo a los cartílagos alares, se retraen sobre el dorso nasal hasta la altura del reborde orbitario inferior (ver Fig. 1 y 2).

8.- Se abre el antro maxilar ipsilateral a la lesión, removiendo hueso hasta el proceso frontal de la maxila, mediante la realización de osteotomías que se inician a lo largo de la abertura piriforme para completar una maxilectomía medial (ver Fig. 3).

9.- Una vez efectuado lo anterior, se podrán realizar una etmoidectomía y esfenoidectomía bajo visión directa; el septum nasal también es accesible en forma completa y, de acuerdo a la patología, puede ser resecado hasta el nivel de la lámina cribiforme. Este abordaje también puede efectuarse en el sitio contralateral.

10.- Al remover la pared posterior del antro maxilar y el proceso ascendente del hueso del paladar, se obtiene un acceso completo a la nasofaringe. Dichas maniobras dan un sangrado importante a partir de la arteria maxilar interna y de las palatinas, siendo los límites posteriores de este abordaje los músculos pterigoideos, la pared posterior del seno esfenoidal y el clivus.

11.- Esta vía también puede combinarse con un abordaje creaneo-facial o incluso con una maxilectomía total, pudiendo asimismo realizarse incisiones como las de Weber-Ferguson, en caso de que se requiera una mayor exposición, sobre todo en tumores que se extienden a la órbita o a la fosa infra-temporal.

12.- Todas las superficies óseas rugosas se alisan y se realiza una hemostasia final con gasa vaselinada e impregnada en solución antibiótica, la que se empaqueta en la cavidad nasal.

13.- La punta de la nariz se coloca nuevamente en su lugar y se sutura la incisión de transfixión con un catgut 4-0, aplicando un segundo punto a ni-

vel de la base de la columela. La piel vestibular también se sutura al margen de la mucosa piriforme.

14.- La incisión sublabial se aproxima en forma cuidadosa alineando el fré-nulo y se coloca una vestidura nasal con micropore y tela adhesiva.

15.- Los taponamientos nasales aplicados se empiezan a retirar entre el 5° y 7° días de post-operatorio.

CASOS CLINICOS

CASO N° 1.- Paciente de 27 años con presencia de una obstrucción nasal derecha continua de 6 meses de evolución, acompañada de rinorrea anterior y posterior mucopurulenta. La rinoscopia anterior reveló la presencia de una masa de aspecto polipoideo que emergía de la pared lateral nasal derecha y obstruía al lumen nasal casi en su totalidad, lo cual se comprobó al realizar una tomografía axial computarizada (ver Fig. 4). Una biopsia preoperatoria mostró la presencia de un papiloma nasal invertido, por lo que se realiza su excisión a través de una técnica del desguante facial, combinándola con una maxilectomía medial (ver Fig. 5). El procedimiento fue bien tolerado por el paciente, y en la actualidad se encuentra libre de sintomatología y recurrencia tumoral, 12 meses posteriores a la cirugía.

CASO N° 2.- Paciente masculino de 42 años con historia de anosmia y obstrucción nasal bilateral de 4 meses de evolución. Antecedente de presentar una diabetes mellitus controlada con hipoglicemiantes orales. La rinoscopia anterior mostró la presencia de una gran masa tumoral de aspecto polipoideo y grumoso que ocupaba en su

mayor parte a la fosa nasal derecha, y se extendía hacia la cavidad nasal contralateral sobre la porción posterior del septum nasal. La tomografía axial computarizada reveló una tumoración que abarcaba a la fosa nasal derecha, erosionando en forma parcial a la pared lateral nasal y que se extendía hacia los senos maxilar y esfenoidal del lado derecho y a la cavidad nasal contralateral (ver Fig. 6). La biopsia pre-operatoria fue compatible con una tumoración nasal maligna del tipo del estesioblastoma. Se decide realizar su excisión a través de una técnica de desguante facial a la que se agrega una maxilectomía medial y un procedimiento de Denker en el antro maxilar derecho (ver Fig. 7). La evolución post-operatoria fue satisfactoria, y a la sexta semana se inicia radioterapia con una dosis total de 50 Gy. La formación de costras ha sido abundante debido a la gran cavidad nasal creada y, aunque existe una rinitis atrófica, en la actualidad, a 14 meses de haberse finalizado la radioterapia, el paciente se encuentra sin evidencia de actividad tumoral, loco-regional o sistémica.

COMENTARIO

La técnica del desguante facial permite una amplia exposición tanto de la cavidad nasal como de los senos maxilar, etmoidal y esfenoidal, así como de la nasofaringe y del clivus; sin asociarse a deformidad alguna desde el punto de vista estético. El procedimiento es bien tolerado por los pacientes y su morbilidad es mínima, por lo que constituye una vía de elección cuando se le compara con el abordaje clásico a través de una rinotomía late-

ral.

Paavolainen y Malmberg (1986)⁹ describen una variación de esta técnica en la que incorporan la liberación de la pirámide nasal a través de osteotomías laterales y de una sección septal, permitiendo el desplazamiento hacia arriba de toda la nariz, mejorando con ello el acceso a la cavidad nasal. Es frecuente observar durante los primeros 2 a 3 meses de post-operatorio la formación de costras nasales, por lo que se recomienda el aseo nasal frecuente con agua destilada para favorecer la remoción de éstas durante las visitas médicas; asimismo, es común que los pacientes refieran parestesias en la región de las mejillas, las cuales, por lo general, desaparecen en forma espontánea en un periodo de 10 a 14 semanas. Otras complicaciones reportadas son el desarrollo de fistulas oro-antrales, epistaxis severas posterior a la remoción de los taponamientos nasales y estenosis en la región del vestíbulo nasal, esta última puede prevenirse, como lo su-

giere Sachs (1984)⁵, mediante la elaboración de un colgajo bipediculado de base superior de la porción lateral de la mucosa nasal justo por detrás de la abertura piriforme. Para nuestro conocimiento, reportamos el primer caso de una rinitis atrófica secundaria a una técnica de desguante facial, la cual estuvo relacionada tanto a la extensa remoción de las estructuras nasales como al empleo de radioterapia post-operatoria.

Unas de las indicaciones más precisas para el empleo de esta técnica son la remoción de papilomas nasales invertidos, de nasofibromas juveniles,¹⁰ poliposis nasal severa y displasia fibrosa. A través de esta vía, ambas arterias maxilares internas pueden exponerse y ligarse y, una vez que se ha efectuado una maxilectomía medial con etmoidectomía, se puede llegar a exponer en forma amplia a la fascia faringomaxilar sobre la región del clivus. Por otro lado, es posible exponer lesiones a nivel de la glabella, las cuales,

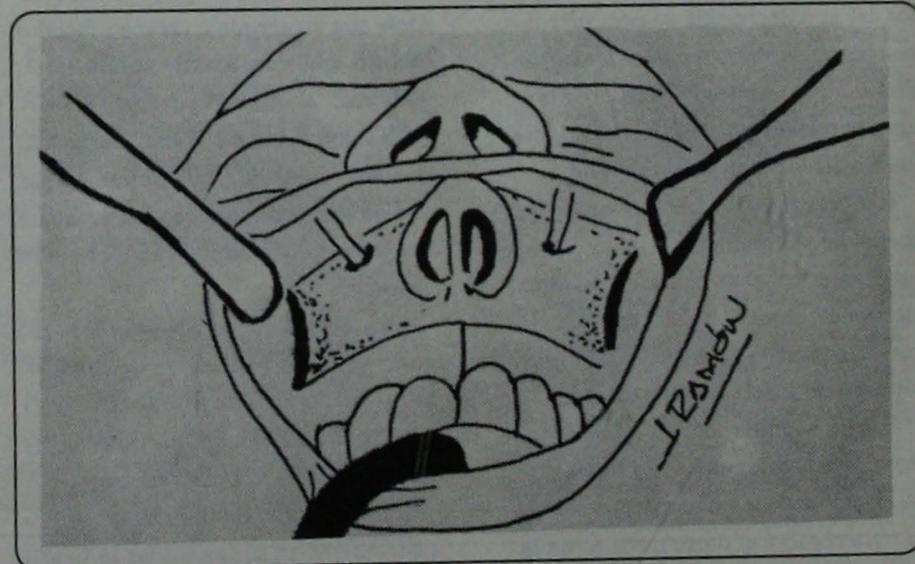


Fig. 1 Ilustración que muestra como el labio superior, junto con la columna y la punta nasal, incluyendo a los cartílagos alares, se han retraído sobre el dorso de la nariz hasta la altura del reborde orbitario inferior.



Fig. 2 Fotografía que muestra el levantamiento de las estructuras blandas de la nariz con la ayuda de un retractor, previo a la remoción de la patología nasal.

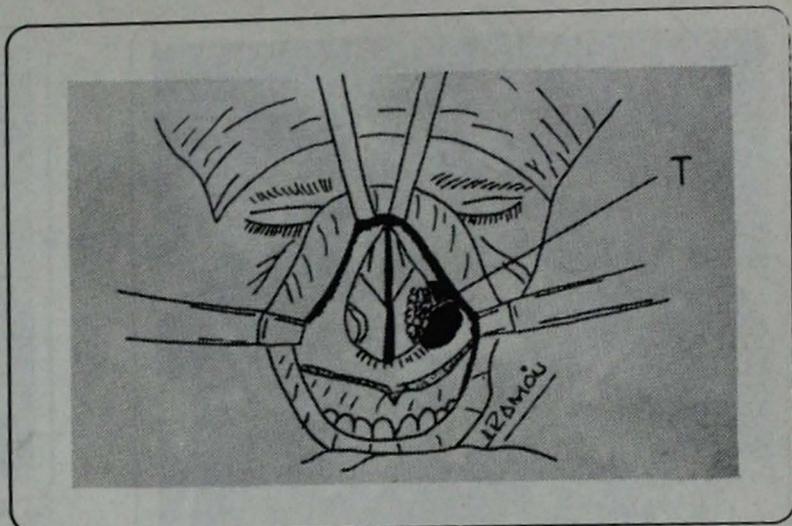


Fig. 3 Ilustración en la que el antro maxilar ipsilateral a la lesión se ha removido con el objeto de mejorar la visualización del tumor (T).



Fig. 5.- Caso 1.- Remoción del papiloma invertido a través de la técnica del desguante facial. Obsérvese el tumor previo a su excisión total.



Fig. 4 Caso 1.- Tomografía axial computarizada que demuestra la presencia de una tumoración nasal derecha que obstruía en su totalidad el lumen. Nótese la opacidad del antro maxilar derecho debido a la obstrucción de su orificio de drenaje.



Fig. 6.- Caso.- Tomografía axial computarizada que revela la presencia de una tumoración de la fosa nasal derecha que ha erosionado en forma parcial a la pared lateral nasal y que se extiende hacia los senos maxilar y esfenoidal del lado derecho y a la cavidad nasal contralateral. La biopsia pre-operatoria fue compatible con un estesioneurolasma.

para una mejor visualización, se pueden combinar en forma simultánea a incisiones coronales frontales sin poner en riesgo, la viabilidad del colgajo de piel levantado.

Es de esperarse que esta técnica tendrá una mayor aceptación entre los otorrinolaringólogos, atribuible a su relativa simplicidad, amplia exposición y excelente resultado cosmético, asociados a una mínima morbilidad.

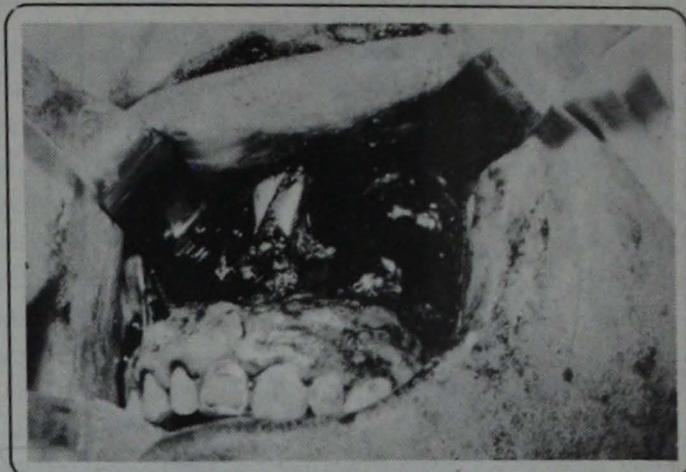


Fig. 7.- Caso 2.- Técnica del desguante facial: Nótese la abertura del antro maxilar con el objeto de incrementar la visualización del tumor durante su excisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Portmann G, Retrovey H:* Le Cancer Du Nez. Gaston Doin et Cie., Paris 1927.
- 2.- *Maniglia A J, Arigo J:* Sublabial rhinotomy for the treatment of angiofibroma. Read before the Otolaryngology Section Meeting, New York Academy of Medicine, November 1971.
- 3.- *Casson P R, Bonnanno P C, Converse J M:* The midfacial degloving procedure. *Plast Reconstr Surg* 1974, 53:102-113
- 4.- *Conley J, Price J C:* Sublabial approach to the nasal and nasopharyngeal cavities. *Am J Surg* 1979, 138:615-618.
- 5.- *Sachs M E, Conley J, Rabuzzi D D, et al:* Degloving approach for total excision of inverted papilloma. *Laryngoscope* 1984, 94:1595-1598.
- 6.- *Maniglia A J:* Indications and techniques of midfacial degloving. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1986, 112:750-752.
- 7.- *Price J C:* The midfacial degloving approach to the central skull-base. *Ear Nose Throat* 1986, 65:46-53.
- 8.- *Price J C:* Facial degloving. In: *Rhinology*, John Wiley and Sons Inc., New York, 1987, 1098-1123.
- 9.- *Paavolainen M, Malmberg H:* Sublabial approach to the nasal and paranasal cavities using nasal pyramid osteotomy and septal transection. *Laryngoscope* 1986, 96:106-108.
- 10.- *Price J C, Holliday M J, Johns M E, et al:* The versatile midface degloving approach. *Laryngoscope* 1988, 98:291-295.

Etmoidectomía externa para el abordaje de neoplasias intraorbitarias. Presentación de un caso

Dr. Francisco VELAZQUEZ VARGAS*
Dr. Juan Felipe SANCHEZ MARLE**
Dra. Alejandra ZARATE OSORNO***

Resumen.- Se destaca la importancia de la etmoidectomía externa como vía de acceso a la patología intra y extraorbitaria, por su menor morbimortalidad. Se presenta el caso de un meningioma intraorbitario y la revisión de la literatura, enfatizándose la importancia del conocimiento de la anatomía orbitaria.

Summary.- The present work emphasizes the importance of the external ethmoidectomy as an access via to the intra and extra orbital pathology, with decreased morbidity and mortality. We present a case of intra orbital me-

ningioma with review of the literature, remarking importance of the knowledge of the orbitary anatomy.

Palabras clave: etmoidectomía, meningioma, órbita.

INTRODUCCION

El meningioma representa el 15% de todas las neoplasias intracraneales; la localización primaria o secundaria extracraneal es poco común, siendo los sitios más frecuentes la base de cráneo, cuero cabelludo, cuello, parótida, nariz, senos paranasales, oído medio y órbita. El meningioma intraorbitario comprende el 5-7% de los tumores primarios de la órbita y a diferencia del intracraneal se presenta en pacientes jóvenes (40% en menores de 20 años), con ligero predominio en el sexo femenino y predilección por la órbita derecha; siendo más agresivo y con mayor índice de recurrencia en los niños.^{1,2,3}

El meningioma de la órbita puede ser de origen primario, originado en la vaina del nervio óptico o secundario como resultado de la extensión directa de un tumor central, del ala esfenoidal o de la región basofrontal con invasión posterior a la órbita, siendo estos últimos más frecuentes que los primeros¹. La metástasis del meningioma endocraneal es también reconocida.²

Para explicar los meningiomas primarios intraorbitarios hay quienes creen que su origen está en las células aracnoideas que se encuentran dentro de la vaina de los nervios craneales o de células atrapadas fuera de la cavidad craneal en las líneas de fusión del esqueleto embrionario; otra escuela piensa que estos tumores nacen de células mesenquimatosas multipotenciales.^{2,3}

Los meningiomas extracraneales originados de la vaina del nervio óptico pueden presentarse en dos sitios diferentes; dentro de la misma órbita, o bien, a través del canal óptico (intra-

* Residente de 3er. año de Otorrinolaringología Hospital Español de México.

** Médico adscrito, Hospital Español de México.

*** Patóloga, Hospital Central Militar.

canalicular). Los meningiomas intraorbitarios son tres veces más frecuentes que los intracraniales y se manifiestan por proptosis, pérdida de la visión, pudiendo erosionar a través de la esclera hacia la coroides; los músculos extraoculares pueden estar involucrados comúnmente ya que el tumor está parcialmente encapsulado.¹

Los meningiomas originados dentro del canal óptico (intracanalicular), son de más difícil diagnóstico, ya que pueden ser apenas de milímetros¹, se manifiestan como una neuritis atípica progresiva que no mejora; aquí la proptosis es más tardía, pudiendo existir escotoma centrocecal, papiledema y hasta atrofia óptica. Hay agrandamiento y deformidad del canal óptico con hiperostosis del ápice orbitario o del proceso clinoideo anterior.¹

El grado de proptosis es menor en el meningioma intraorbitario primario que en el secundario, ya que el paciente busca ayuda en forma más temprana por la disminución de su visión¹. Los pacientes con meningioma primario pueden desarrollar uno secundario principalmente en la región olfatoria.¹

Para llevar a cabo la resección de neoplasias intraorbitarias pueden emplearse diferentes tipos de abordaje, entre los que podemos mencionar el neuroquirúrgico a través de una craneotomía frontal con elevado riesgo; el abordaje oftalmológico por vía externa (Kronlein) y la etmoidectomía externa que nos permite llegar hasta el ápice orbitario a través de su pared medial^{4,5}. Este último es el de menor morbilidad y el que puede ser llevado a cabo por el otorrinolaringólogo con un conocimiento profundo de la anatomía de la región, siendo en ocasiones necesario

un abordaje combinado para las neoplasias que van más allá del ápice orbitario.

PRESENTACION DEL CASO

Femenina de 49 años de edad con pérdida progresiva de la visión del ojo derecho, hasta llegar a la ceguera en 1983. Ha notado proptosis desde hace tres años, además de cefalea occipital ocasional.

La tomografía computada (Fig. 1 y 2) mostró tumoración en ápice orbitario derecho, haciéndose el diagnóstico de probable glioma del nervio óptico. Requiriéndose de una biopsia para su confirmación histopatológica por lo que nos es referida para llevar a cabo biopsia excisional a través de etmoidectomía externa.

TECNICA

Se realiza una incisión vertical entre el canto interno y el dorso nasal, llegando hasta el periostio el cual es levantado, respetando la inserción del ligamento cantal entrando en profundidad, hasta identificar las arterias etmoidales que fueron clipadas y resección de masa de 10 x 5 mm, de aspecto macroscópico compatible con meningioma que fue confirmado posteriormente con el estudio histopatológico.

Durante el post-operatorio la paciente cursó con parálisis del tercer par y paresia del sexto, logrando recuperación total de los movimientos oculares a los cuatro meses del post-operatorio y habiendo desaparecido la proptosis.

DISCUSION

El abordaje quirúrgico a la órbita, a través de una etmoidectomía externa requiere un conocimiento pleno de su anatomía y con una buena experiencia, nos permite resolver diferentes patologías intra y extraorbitarias con una morbimortalidad inferior a la que ofrecen los abordajes neuroquirúrgicos (tabla 1).

Rontal y col. midió 48 órbitas de 24 cráneos obteniendo la distancia promedio de las cuatro paredes de la órbita desde distintos puntos anatómicos⁶ coincidiendo con el Trabajo de Harrison quien examinó 40 órbitas y obtuvo, tomando la cresta lacrimonasal anterior como punto de referencia, una distancia media de 22 mm de este punto al agujero etmoidal anterior; 37 mm al agujero etmoidal posterior y 40 mm al canal óptico. La mayor variación fue la distancia entre el agujero etmoidal posterior y el canal óptico entre 2 y 9 mm⁷ (Fig. 3).

Otro elemento anatómico de importancia quirúrgica es el periostio orbitario, ya que no sólo protege al globo ocular y al tejido periorbitario, sino que además actúa como una barrera efectiva para evitar la diseminación de neoplasias, procesos infecciosos y el instrumental del cirujano.⁷

En el caso que presentamos, creemos que el meningioma se originó del nervio óptico cerca de su entrada al canal óptico, causando a la paciente ceguera y proptosis del globo ocular, sin haber existido destrucción ósea, ni invasión intracraneal que hubiese requerido un abordaje neuroquirúrgico, ya que el comportamiento biológico de estas neoplasias es lento. Aquí nuevamente

TABLA I.
UTILIDAD DE LA ETMOIDECTOMIA EXTERNA EN LA PATOLOGIA INTRAORBITARIA

PATOLOGIA INTRAORBITARIA

PATOLOGIA EXTRAORBITARIA

1.-Drenaje de procesos infecciosos orbitarios.

2.-Ligadura de arterias etmoidal ant. y post.

3.-Resección de tumores intraorbitarios.

4.-Patología del saco lacrimal (dacriocistorinostomía)

5.-Reparación de complicaciones transoperatorias intraorbitarias. (etmoidectomía trasnasal).

6.-Descompresión orbitaria (proptosis, exoftalmos).

1.-Neoplasias seno frontal, etmoidal (osteoma frontoetmoidal, hipofisectomías).

2.-Traumatismos de pared medial y piso de la órbita (sólo o en combinación con otro tipo de abordaje).

3.-Etmoidectomía externa de Patterson (1939).

4.-Patología del ducto frontonasal.

5.-Procesos infecciosos etmoidales (etmoiditis aguda y piocele)

6.-Mucocele frontoetmoidal.

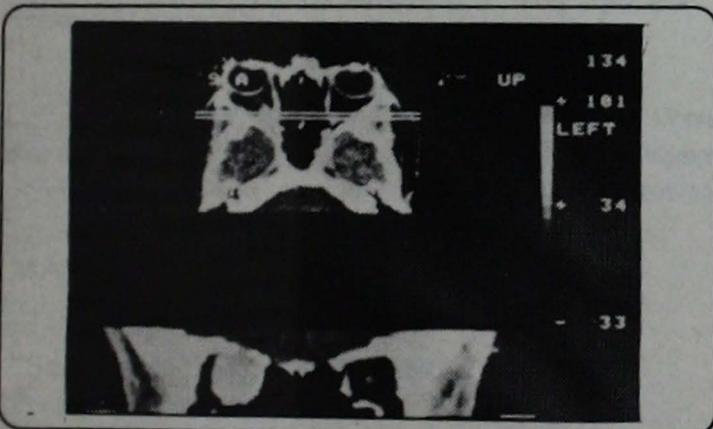


Fig. 1.- Tomografía computada en corte axial (arriba) y coronal (abajo) a nivel del ápice orbitario, que muestra claramente tumoración sólida, bien definida, observándose integridad de las paredes óseas.

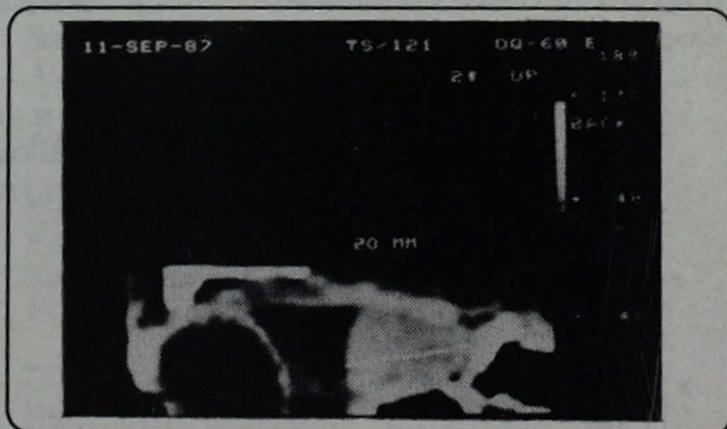


Fig. 2.- Tomografía computada en reconstrucción sagital que muestra tumoración que ocupa el ápice orbitario, midiendo 2 cm en sentido anteroposterior.

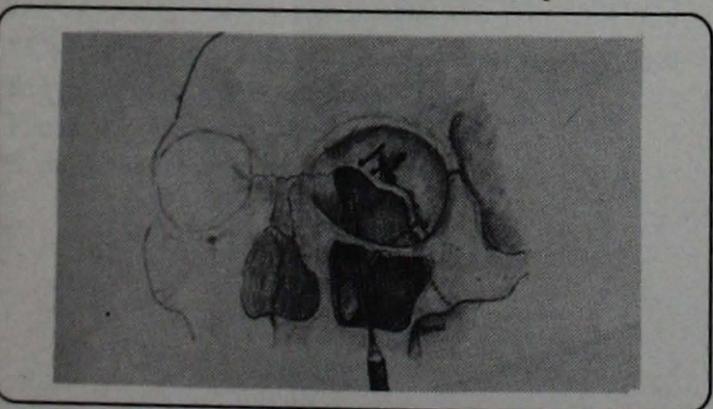


Fig. 3.- Representación esquemática que muestra la pared medial de la órbita y las estructuras contenidas en ella (arterias etmoidales) y el agujero óptico, así mismo la relación del seno maxilar con la órbita para la etmoidectomía transantral.



Fig. 4.- Meningioma: se observan células meningoteliales, con formación de estructuras sincitiales y meningoteliomas.

la tomografía computada es de enorme utilidad, ya que nos delimita la extensión de la lesión y permite planear su abordaje quirúrgico.

La paciente deberá estar bajo estrecha vigilancia por la posibilidad de recurrencia, ya que como se mencionó, son tumores parcialmente encapsulados; en este caso la movilidad ocular era adecuada preoperatoriamente, lo que nos permite suponer que no existía invasión a los músculos extraoculares.

Está también descrita la aparición de un segundo meningioma en otras áreas, por lo que se deberá tener un control adecuado a largo plazo mediante examen clínico y tomografía computada.

CONCLUSION

La etmoidectomía externa nos

permitió un buen acceso a la órbita hasta su ápice, conservando el globo ocular con adecuada movilidad, sin alteración del aspecto cosmético, con mínima morbilidad y sin evidencia a seis meses de recidiva tumoral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Snow JI, Jakobiec F A*, Neurogenic Tumors. 2a. ed. New York: Harper & Row, 1979; 397-413.
- 2.- *Randall G M, Woodard B H*, Extracranial meningioma. *Ann Otol.* 1979; 88:407-412.
- 3.- *Leyva W H, Gnepp D R*, resident's page. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1987; 113:206-209.
- 4.- *Montgomery W W*, Surgery of the upper Respiratory system. 2a. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1979;48-60.
- 5.- *Sánchez-Marle J F, Buendia-Pacheco D, Soto-Domínguez J*, una técnica para la extirpación quirúrgica del vértice óseo orbitario. *Anales Soc. Mex. Otorrinolar.* 1987;57-62.
- 6.- *Rontal E, Rontal M, Guilford F T*, Surgical anatomy of the orbit. *Ann Otol* 1979; 88:382-386.
- 7.- *Harrison Donald F N*, surgical approach to the medial orbital wall. *Ann Otol* 1981;90:415-419.

Calendario de Actividades SMORLCCC

FEBRERO 1989

"Curso Internacional sobre Actualidades en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello"

Coordinador: Dr. Juan Andrade Pradillo

Fecha: 1° al 4 de febrero 1989

Sede: México, D.F.

Organiza: SMORLCCC

"Sesión Ordinaria de la SMORLCCC"

Fecha: 7 de febrero 1989

Sede: Auditorio Dr. Abraham Ayala González

Hospital General S.S.

"Sesión de Videocintas"

Fecha: 22 de febrero 1989

Sede: SMORLCCC

MARZO 1989

"Sesión Ordinaria de SMORLCCC"

Fecha: 7 de marzo 1989

Sede: Auditorio Dr. Abraham Ayala González

Hospital General S.S.

"Curso de actualización en Otorrinolaringología para Médicos Generales"

Fecha: 11 de marzo 1989

Sede: Chihuahua, Chih.

"Curso Parálisis Facial: Diagnóstico y Tratamiento"

Prof.: Guillermo Hernández Valencia

Fecha: 17 al 19 de marzo 1989

Sede: Pendiente

Organiza: SMORLCCC

"Sesión de Videocintas"

Fecha: 28 de marzo 1989

Sede: SMORLCCC

"Curso Cirugía de Nariz y Senos Paranasales"

Prof.: Dr. José Arrieta Gómez

Sede: Hospital Manuel Gea González

Avala: SMORLCCC

ABRIL 1989

"Sesión Ordinaria de la SMORLCCC"

Fecha: 4 de abril 1989

Sede: Auditorio Dr. Abraham Ayala González

Hospital General S.S.

"Curso de Enfermería en Otorrinolaringología"

Prof.: Dr. Rafael Navarro M.

Fecha: 7 y 8 de abril 1989

Sede: Pendiente

Organiza: SMORLCCC

"XXXIX Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello"

Sede: Puebla, Pue.

Notas e Informaciones

CONGRESO MUNDIAL

El XIV Congreso Mundial de otorrinolaringología y Patología Cervicofacial 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 Cervicofacial y enviarlos a la Secretaría General del Congreso:

C/Velázquez, 90- 5o.piso

28006 Madrid- España

El valor del 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 Japonés, 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 Menière, 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 González 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 a 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.

Congresos

CURSOS DE OTOLOGIA

Las fechas de los próximos cursos de Microcirugía del oído y disección del hueso temporal que se realizarán en Barcelona serán del 6 al 11 de marzo, del 12 al 17 de junio y del 6 al 11 de noviembre de 1989. Estos cursos son eminentemente prácticos y dedicados a la disección del hueso temporal, además de que esta programada cirugía en vivo, películas, videos y conferencias. Para mayores informes: Instituto de Otolología García -Ibáñez, C/. Dr. Roux, 91 bajos. 08017, Barcelona, España.

VOZ CANTADA

Con la colaboración del Dr. Jorge Perelló, se celebrará en Bilbao, España

las Jornadas Internacionales sobre la Voz Cantada, su enseñanza, sus perturbaciones y tratamiento. Las fechas de dichas jornadas, son del 15 al 17 de noviembre de 1989 y para recibir mayor información se pueden comunicar con la Dra. Esther Cantera, Apartado de correos No. 1346, Bilbao, España.

CONGRESO INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA

La Sociedad Internacional de Audiología, celebrará su XX Congreso Internacional en Tenerife, Islas Canarias, España, del 14 al 18 de octubre de 1990.

El programa científico, tratará tres temas principales: Patología de la audición binaural, Actuación precoz ante niños con defectos auditivos y audífo-

nos: procesamiento de la señal. Para mayores informes: Dr. José Barajas Prat. C/ Pérez de Rosas, 8. 38004 Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias. España.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

La Academia Nacional de Medicina, invita a toda la comunidad médica a su VI CONGRESO QUINQUENAL en la Unidad de Congresos "Ignacio Morones Prieto" del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social del 16 al 20 de octubre de 1989. Informes en las oficinas de la propia Academia: Av. Cuauhtémoc 330, 06725 México D.F. Tel. 578 42 71 y 548 20 14.

**XIV CONGRESO MUNDIAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Y PATOLOGIA CERVICO - FACIAL**

MADRID 10 al 15 SEPTIEMBRE 1989

Estimado Doctor:

Le recordamos que las fechas de inscripción se acercan a su límite.

**COSTO DE INSCRIPCION
(Moneda pesetas)**

Cada persona de categoría 1, 2, 3 y 5 debe de usar un formulario de inscripción individual. Las instituciones que hagan la inscripción de sus miembros deben de usar un formulario separado para cada una de estas personas.

CATEGORIA	ANTES DE 1 ABRIL 1989	ANTES DE 1 JULIO 1989	DURANTE EL CONGRESO	NUMERO DE PERSONAS	SUMA PESETAS
1 Otorrinolaringólogos y cirujanos de cabeza y cuello	70.000	80.000	85.000	1	
2 Residentes	35.000	40.000	42.500	1	
3 Profesionales relacionados con la especialidad	35.000	40.000	42.500	1	
4 Esposas, familiares y acompañantes	35.000	40.000	42.500		
5 Otros médicos	70.000	80.000	85.000	1	

SUB-TOTAL PESETAS

Hemos conseguido con la línea aérea y los Organizadores del Congreso atractivas ofertas que creemos que son interesantes y decisivas para asistir al evento.

Así mismo se celebrará en la Isla de Ibiza, del 3 al 8 de septiembre 1989, y organizado por la Sociedad Politzer, la Conferencia Internacional sobre:

AVANCE EN OTOLOGIA Y OTONEUROCIROGIA.

Organiza : Dr. E. García Ibáñez

Secretaría: Instituto de Otología García-Ibáñez

Dr. Roux 91 Barcelona 08017 España

<i>Registration Fees:</i>	<i>before March 31, 1989</i>	<i>before June 31, 1989</i>	<i>after July 1, 1989</i>
<i>Full member (Ptas. 40.000)</i>	<i>Ptas.....</i>	<i>Full member (Ptas 50 000)</i>	<i>Ptas.....</i>
<i>Residents (Ptas. 30.000)</i>	<i>Ptas.....</i>	<i>Residents (Ptas 35 000)</i>	<i>Ptas.....</i>
<i>Accompanying persons</i>	<i>Ptas.....</i>	<i>Accompanying persons (Ptas</i>	<i>Ptas.....</i>
<i>(Ptas.20.000)</i>		<i>25.000)</i>	<i>Resident (Ptas 40 000)</i>
			<i>Accompanying persons</i>
			<i>(Ptas 30 000)</i>
		TOTAL Ptas.....	TOTAL Ptas.....
	TOTAL Ptas.....		TOTAL Ptas.....

Enclosed Ptas..... Check N° Bank.....to "POLITZER CONFERENCE IBIZA"

Estamos a su disposición para responder a sus preguntas y ofrecerles programas de los Congresos.

Atentamente,

INDICE DE COLABORADORES

ALCON LABORATORIOS
Orlacef

AMERICAN OVESEAS
Audiometría

ASTRA
Penglobe

CIBA
Cataflan

DEWIMED
Instrumental microcirugía

ENDOSCOPIA E INSTRUMENTOS
Endoscopios e Instrumentos

FARMITALIA
Kelfripim

FISONS
Rynacrom

GLAXO
Beconase
Ceporex

CRUPO ROUSSEL
Cervilan

HUERTA MEDICA
Aparatos Auditivos y
material quirúrgico

INSTRUMENTOS DE ALTA TECNOLOGIA
Aparatos Análisis Oídos

LAKESIDE
Lampicin

LEPETIT
Teldane

MANUFACTURAS DOMINGO
Instrumental Especialidad

MICROTECNICA QUIRURGICA
Servicio del Otorrinolaringólogo

PROMEKO
Mucosolvan

ROCHE
Rocephin I.M.

RHONE-POULENC
Keduril

SANFER
Penbritin T-5

SCHERAMEX
Clarityne
Celestone Fosfato
Trinalin

SYNTEX
Flanax

ZEISS
Aparatos consultorio y Microcirugía

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

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

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

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

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

5.- Página del resumen: deberá ser claro y conciso expresando brevemente el contenido y conclusiones, sin hacer mención a referencias, 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 propósito del trabajo y consigne solamente las referencias pertinentes. Describa los métodos utilizados, los instrumentos y procedimientos con detalle, para que otro investigador pueda repetir el experimento con los mismos resultados. Exponga los métodos estadísticos. Los resultados se expondrán en secuencia lógica y sin repetir en el texto lo que se demuestra en cuadros y figuras. En la discusión no repita los resultados destaque los más importantes y relaciónelos con los de otros autores. Establezca la relación entre los resultados obtenidos y los propósitos del trabajo. Finalmente señale las conclusiones que se derivan del artículo.

7.- Abreviaturas y Unidades: Si 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*. Hangers-town: 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 figura. Los pies de figura se presentan 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.

ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Presente

Deseo colaborar por el año de(cuatro Números)
en la publicación de la Revista por lo que envío cheque a nom-
bre de la Sociedad Mexicana de ORL, por la cantidad de

\$.....

Favor de enviármela a:

Nombre

Dirección

Firma

Colaboración por 1 año (4 números)

México.....\$190.000.00 M.N

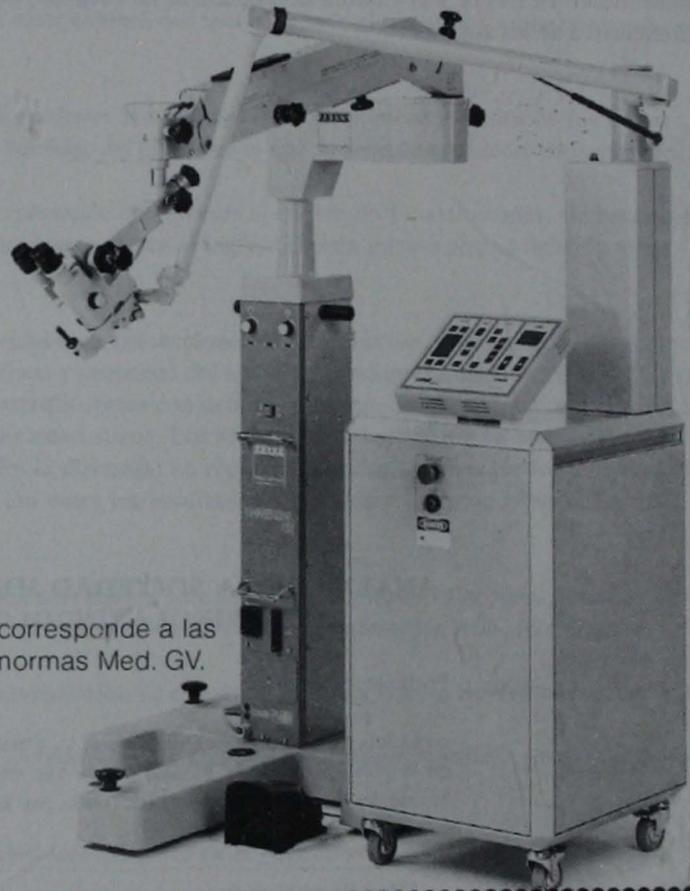
América, España y Portugal \$ 135.00 Dls. U.S.A.

Otros países\$135.00 Dls. U.S.A.

Una Nueva Dimensión en la Cirugía de Láser -

OPMILAS CO₂-L Zeiss

Láser y microscopio de operaciones:
El sistema completo de un solo proveedor.



corresponde a las normas Med. GV.

**Carl Zeiss -
Calidad y
Tecnología**

ZEISS

West Germany

Carl Zeiss de México, S.A. de C.V.
Av. Patriotismo No. 604 Col. Mixcoac
Delegación Benito Juárez
C.P. 03910 México, D.F.
Teléfonos: 563-65-44 y 563-64-78
Telex: 1773828 CZMME
Telefax: 91-5-5639340

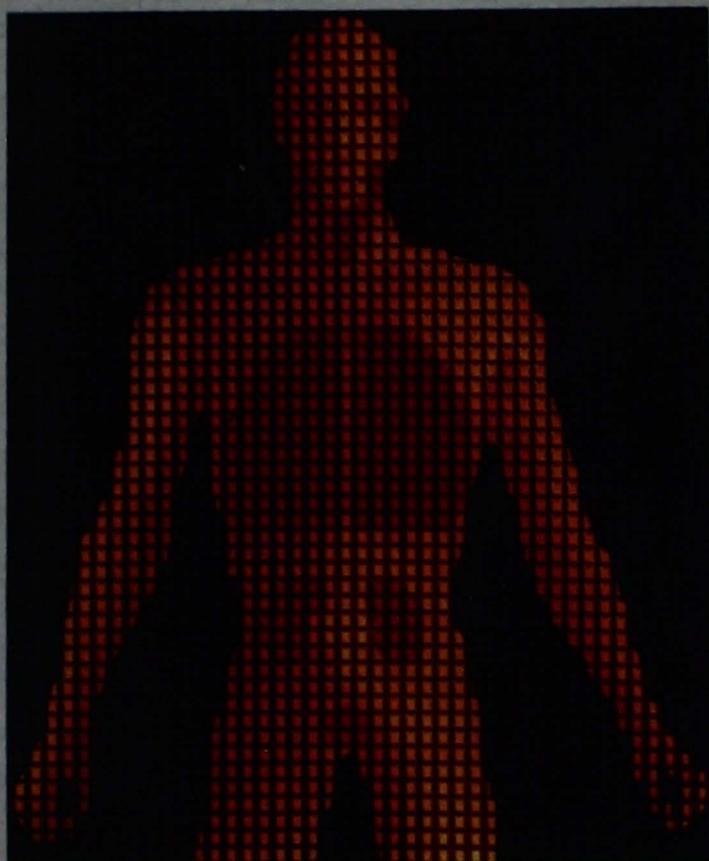
Cupón

Solicito informaciones detalladas sobre el sistema de láser OPMILAS CO₂-L.

Remitente:



**Resultados desde la primera toma.
Recuperación más rápida.**



**Beneficios del tratamiento
de las infecciones comunes.**

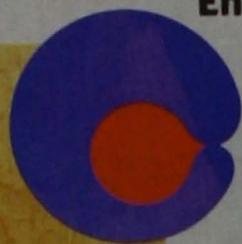
Ceporex
Cefalexina, Glaxo

Glaxo Pionero en Penicilinas;
Líder en Cefalosporinas

¡Qué recuperación!

En procesos inflamatorios agudos

gotas



CATAFLAM

(Resinato de diclofenaco)

combate la inflamación y el dolor



- Mejoría del estado general en los procesos inflamatorios agudos.^(1, 2)

REFERENCIAS:

1. Ayres, W., Sole Puyo, J.M., "Avaliação comparativa da eficácia e tolerabilidade de uma nova medicação, o diclofenaco potássico, no tratamento das faringo-amigdalites agudas", *Arq. bras. Med.* 58 (5): 341-349, 1984
2. Ayres, W. y cols., "Avaliação clínica do diclofenaco resinato gotas no tratamento de otites agudas na infância", *A Folha Médica*, 91 (3): 229-234, 1985



Cómoda dosificación

1 gota por kg de peso, tres veces al día

Rinitis alérgica...

Rynacrom*

(Cromoglicato de Sodio B.P.)

Rápida acción

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

- Rinorrea
- Congestión

Seguridad

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

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

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

Su venta requiere receta médica

Literatura exclusiva para médicos

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

* Marca Registrada

FISONS

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

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

KELFIPRIM*

SULFAMETOPIRAZINA + TRIMETOPRIM Cápsulas

*la sulfa hace
la diferencia...*

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT
MONTEDISON AL CUIDADO DE LA SALUD

Av. Miguel Ángel de Quevedo No. 555 Col. Romero de Tórreros
Delegación Coyoacán 04310 México, D.F.
Reg. No. 006M86 S. S. A.

Cervilan®

lomofilina + dihidroergocristina

Nuevo

antivértiginoso del insuficiente cerebro-vascular

PRESENTACION Y FORMULA:

30 grageas en envase de burbuja

1 gragea contiene:

lomofilina	80,0 mg
dihidroergocristina (forma de mesilato)	0,8 mg
excipiente c. b. p.	1 gragea

INDICACIONES:

• vértigo de origen vascular, así como:
• síndrome de Menière
• labirintitis aguda
• vértigo posicional agudo
• vértigo por hiperventilación
• vértigo postraumático
• síndrome neurossensorial por insuficiencia vertebral

INDICACIONES, VIA DE ADMINISTRACION Y MODO DE EMPLEO:

• Dosis: 3 grageas al día
• vía de administración: Oral
• modo de empleo: De preferencia durante las comidas

EFFECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES:

• raramente pudiera presentarse: Visión borrosa,
• hipotensión ortostática, sensación de congestión nasal,
• cefalea, rash cutáneo, rubefacción.

CONTRAINDICACIONES:

• sensibilidad a los componentes de la fórmula,
• hipertensión arterial severa, psicosis aguda, daño hepático o renal, bradicardia, alergia a los alcaloides de ergometrina, pacientes con coronariopatías, primer trimestre del embarazo.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

• debe evitarse la utilización concomitante con troleandomicina, ya que ésta puede interferir con el metabolismo hepático de la lomofilina.

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:

• pesar de no haber evidencia de la teratogenicidad, debe indicarse en la mujer embarazada o lactando.
• cuando Cervilan® demostró durante la experimentación preclínica, propiedad antihipertensiva, no debe utilizarse como sustituto en hipertensión arterial.

BIBLIOGRAFIA:

Dr. A. Checoury-Henneton: Bilan d'une étude sur 6.857 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 croisée en pharmacologie clinique comparative entre Cinarizine et una asociación de lomofilina et de DHEC. La Vie Medicale du 3 Juillet 1980.

Marca Registrada

• su venta requiere receta médica
• no se deje al alcance de los niños
• temperatura exclusiva para médicos
Reg. No. 0281 M 80 S.S.A.

Ref. Md. 360-88
Méd. NCE 550J

- es eficaz en vértigo ⁽¹⁾
- es superior a cinarizina ⁽²⁾
- mejora la circulación del oído interno ⁽³⁾

ROUSSEL

GRUPO ROUSSEL, S.A. DE C.V.
Av. Universidad No. 1738
C.P. 06000 México, D.F.

9

razones para prescribir
Rocephin en el consultorio
en infecciones de mediana
a intensa gravedad:

Rocephin[®]

(ceftriaxona)

24 horas de poder bactericida

I.M. 500 mg
1 g



1a. razón

comodidad
de aplicación
una sola vez al día

- sólo requiere administrarse cada 24 horas
- reducción de costos en el tratamiento

2a. razón

menos dosificación
en
menos aplicaciones

- la dosis estándar es sólo de 1-2 gramos cada 24 horas

3a. razón

eliminación por 2 vías
alternas:
biliar y renal

- con compensación recíproca si una u otra vía está dañada



4a. razón

gran penetrabilidad
y difusión total
en el organismo

- inclusive en tejido óseo y abscesos

5a. razón

excelente estabilidad
frente a enzimas
bacterianas

- mantiene inalterable su poder bactericida
- 89.1% vs. gramnegativos
- 93.5% vs. grampositivos

6a. razón

alta efectividad
con sobresaliente
tolerancia

- sobresaliente tasa de curación -94.2%- en infecciones de mediana a intensa gravedad



7a. razón

protección
terapéutica
constante

- 24 horas después de su administración mantiene niveles bactericidas eficaces

8a. razón

eficacia
y prestigio
internacional

- en 45 países es uno de los antibióticos de primera elección en el consultorio

9a. razón

seguridad para el
médico y confianza
para el paciente

- en México ha participado en el éxito del Médico de consultorio en más de 90,000 pacientes

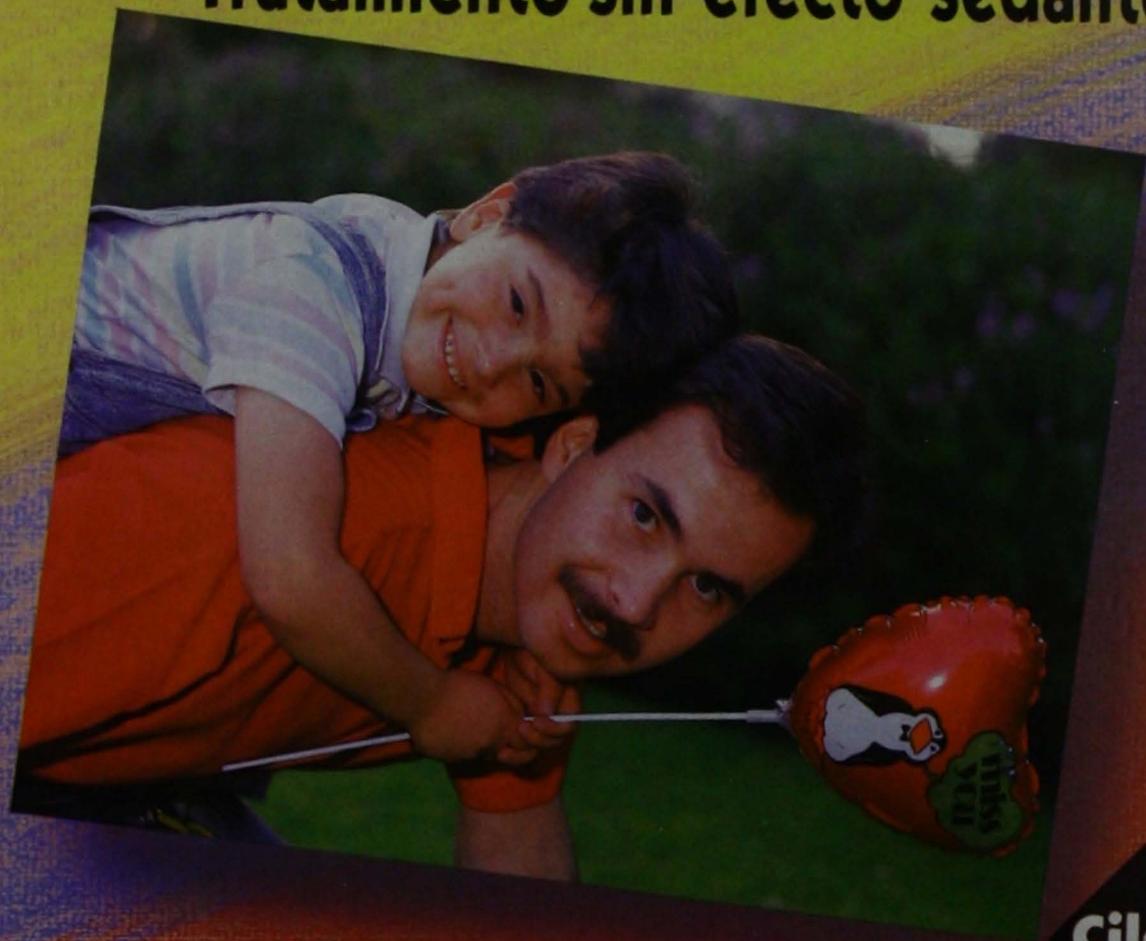
ROCHE

La imagen de sus pacientes
alérgicos la modifica:

Cilergil*

DOSIS UNICA DIARIA

Eficacia antihistamínica
Tratamiento sin efecto sedante



Cilag

Por su acción selectiva, para los
receptores específicos de la histamina

Una compañía del grupo
Johnson & Johnson
Líder mundial en
el cuidado de la salud

**INNOVACION
CONSTANTE...**

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) Irvani, J.; Melville, G.N.: Mucociliary function of the respiratory tract as influenced by drugs. *Respiration* 31, 350-357 (1974).
2) Bertoli L., Rizzato G., Bauli 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) Lachman 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 menlevar libre de secreciones el aparato respiratorio, como en Bronquitis Aguda, Bronquitis Asmática, 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, 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. Mantéjese con cuidado las formas orales en pacientes con úlcera gástrica.

FÓRMULA Solución c/100 ml: Clorhidrato de Ambroxol 0.300 g
Comprimidos, c/camp. contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.030 g
Solución Inyectable: c/amp. 2 ml contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.015 g. Retard: cada capsula 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: ¼ cucharadita (2.5 ml) tres veces al día. Niños mayores de 5 años: una cucharadita (5 ml) dos o tres veces al día.

MUCOSOLVAN COMPRIMIDOS: Mayores de 12 años y adultos: 1 comprimido cada 8 horas.
MUCOSOLVAN SOLUCION INYECTABLE Intramuscular o por Venocitosis: 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: ¼ ampolleta cada 8 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 capsula 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 administradas en combinación con otros medicamentos sin riesgo de interacciones adversas, esta observación es válida sobre todo para tratamientos concomitantes con drogas utilizadas rutinariamente en los pacientes hospitalizados, especialmente en unidades de terapia intensiva como: glucósidos cardíacos, diuréticos, corticosteroides y broncodilatadores.
MUCOSOLVAN INYECTABLE se puede administrar por venocitosis 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: cefadroxil, 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, tetraciclina 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 Venocitosis. Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos. Reg. 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. Med. NIE-1610/J



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

REPRESENTACION ARTISTICA DE UN NEUMOCITO TIPO II

10

TABLETAS

PENGLLOBE

**OTITIS
LARINGITIS
FARINGITIS
BRONQUITIS**

y todas las demás infecciones
sensibles a la ampicilina

LA PRODRUGA



DIAS

DE
TRATAMIENTO
POR CAJA

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

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

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

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

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

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

CONTRAINDICACIONES. Hipersensibilidad a las penicilinas y a las cefalosporinas.

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

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

Su venta requiere receta médica.
Literatura exclusiva para médicos.
I. Med. MFF 251/71

Penglobe-bacampicilina*
Investigación original de:

ASTRA
LABORATORIOS

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

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. SUPOSITARIOS INFANTES. FORMULA: Cada supositorio contiene 50 mg Ketoprofen Sódico. PRESENTACION: Caja con 8 supositorios.

POSOLOGIA: En niños menores de 6 años un supositorio (1/2 hora). En menores de 6 años un supositorio a 8 horas.

SOLUCION INFANTIL. FORMULA: 20 Frascos con polvo contenido Ketoprofen Sódico 0.5 mg/ml, y 3 p.p. 11 g. Mezcla la mezcla cada botella con 5 ml. Conserva el equivalente de 35.7 mg. de Ketoprofen Sódico. PRESENTACION: Frasco con polvo y cucharadita estandarizada a 5 ml.

POSOLOGIA: La dosis recomendada es de 1 cucharadita de 5 ml. Cada 8 horas o control a la dosis de 1-1.5 mg/kg cada 8 horas.

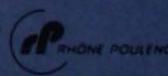
INDICACIONES: Asociado al antibiótico de elección en procesos infecciosos de vías respiratorias altas, como faringitis, amigdalitis, tonsilitis y otitis; cuando se requiere un tratamiento de los síntomas asociados como son: fiebre e inflamación.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula antiinflamatoria, acetaminofeno, acetaminofeno, niños menores de 2 años, gastritis, úlcera gástrica. Evitar el uso en trastornos inflamatorios y alteraciones renales en la prescripción del médico. No se utilizar este medicamento por más de 5 días o en su caso, seguir la indicación médica.

REACCIONES SECUNDARIAS: KEDURIL se debe utilizar en general en envases en frigorífico. Evitar el uso en personas con antecedentes de reacciones alérgicas de tipo anafiláctico o síndrome de Stevens-Johnson. Se recomienda precaución ante la presencia de antecedentes digestivos como vómitos, diarrea, náusea, gastroenteritis y trastornos de heces blandas.

BIBLIOGRAFIA A SOLICITUD DEL MEDICO:
REG. No. 22740 S.S.A. REG. No. 121486 S.S.A.
EXA-INTC-188

Literatura exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica
I. Med. NLE 2286/J



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

NUEVO

TRINALIN^{MR}

REPETABS^{MR}
JARABE

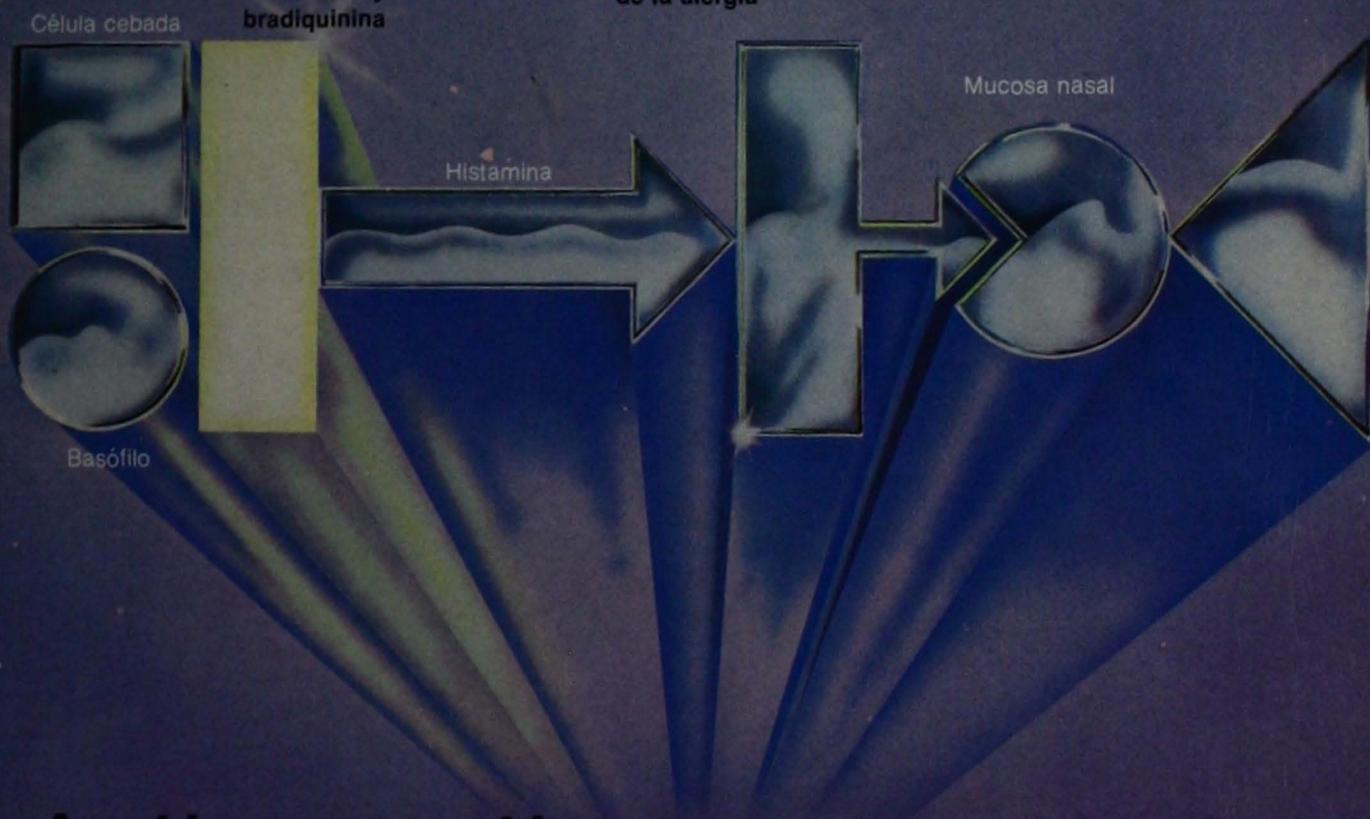
(Maleato de azelastina y sulfato de pseudoefedrina)

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 azelastina y sulfato de pseudoefedrina)

TRINALIN^{MR} REPETABS^{MR} JARABE (Maleato de azelastina y sulfato de pseudoefedrina). Antihistamínico-decongestionante de acción prolongada. **FORMULA:** TRINALIN REPETABS grageas contiene 1 mg de maleato de azelastina en la cubierta externa de la gragea y 120 mg de sulfato de pseudoefedrina distribuidos en partes iguales entre el revestimiento externo y el núcleo central de la gragea. TRINALIN JARABE contiene en cada 5 ml, 1 mg de maleato de azelastina y 20 mg de sulfato de pseudoefedrina. **ACCIÓN:** El maleato de azelastina es un antihistamínico de acción prolongada, con propiedades antiserotónicas y antibradiquínicas. La pseudoefedrina, es un vasoconstrictor oral que produce un efecto descongestivivo gradual y sostenido, de la mucosa de las vías respiratorias superiores. **INDICACIONES Y USO:** TRINALIN está indicado para el alivio de síntomas de congestión de la mucosa de las vías respiratorias superiores, tales como: rinitis alérgica perenne o estacional, catarro común, etc. **DOSES Y ADMINISTRACIÓN:** 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 antitérmicos, o ambos, cuando sea más indicado. TRINALIN REPETABS: La dosis usual para el adulto es una gragea, dos veces al día, por la mañana y otra por la noche. Su acción experimenta sobre el alivio de TRINALIN REPETABS. **CONTRAINDICACIONES:** En niños menores de 12 años. **INTERACCIONES CON OTRAS**

DROGAS: Los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) prolongan e intensifican el efecto de los antihistamínicos. El uso simultáneo de antihistamínicos con alcohol, agentes antidepresivos tricíclicos, betabloqueantes o otros depresores del sistema nervioso central puede potenciar sus efectos. Los antihistamínicos pueden inhibir la acción de los anticoagulantes orales. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Los efectos secundarios más comunes son: sedación, somnolencia, mareos, falta de coordinación, malestares epigástricos y espesamiento de las secreciones bronquiales. **CONTRAINDICACIONES:** TRINALIN no debe ser administrado a recién nacidos y prematuros, a mujeres que se hallen amamantando, pacientes con glaucoma de ángulo estrecho o con resaca crónica 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 hipersensibilidad cruzada a los componentes del producto y a agentes adrenérgicos. **PRECAUCIONES:** TRINALIN debe ser usado con precaución en pacientes con glaucoma, úlcera péptica estomacal, obstrucción piloroduodenal, hipertrofia prostática o estrechez del cuello de la vejiga, enfermedades cardiovasculares, o en aquellos con presión intraocular aumentada o con diabetes mellitus. Los pacientes mayores de 60 años, son más propensos a presentar reacciones adversas a los simpaticomiméticos. TRINALIN JARABE no se recomienda

para usarse en niños menores de 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. Almacenarse entre 2° y 30°C. Reg. Nos. 179MR7, 179MR7 S.E.A.

Schering
S.A. DE CV

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

Literatura exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica
I. MAR. REG. 120642
ARS 2367 TW

Lampicin®
Formula:
Cada tableta contiene 250 o 500 o 1000 mg de Ampicilina Anhidra.
Cada 5 ml de suspensión oral contiene 125 o 250 o 500 mg de Ampicilina Trihidratada. Cada frasco ampula contiene 250 o 500 o 1000 mg de Ampicilina 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 oxalacético y TGP.

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

Infecciones gastrointestinales: 500 a 1000 mg cada 6 horas. En fiebre tifoidea: 1-1.5 g cada 6 horas durante 10 días, por lo menos.

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

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

En casos graves, las posologías pueden duplicarse sin riesgo. LAMPICIN® debe administrarse entre 30-60 minutos antes de los alimentos, para obtener mejores resultados. Duración del tratamiento: De 6 a 10 días.

Presentaciones:
Frasco con 20 tabletas de 250 mg.
Frasco con 16 tabletas de 500 mg.
Frasco con 8 tabletas de 1.0 g.
Frasco para 60 ml de suspensión de 125 mg/5 ml.
Frasco para 60 ml de suspensión de 250 mg/5 ml.
Frasco para 60 ml de suspensión de 500 mg/5 ml.
Frasco ampula con 250 mg Agua inyectable 2 ml.
Frasco ampula con 500 mg Agua inyectable 2 ml.

Frasco ampula con 1000 mg Agua inyectable 5 ml.
Regs. Nos. 80281, 80431 y 80441, S.S.A.

Hecho en México por Farmabiológicos Lakeside, S.A. de C.V.

Via Lic. Isidro Fabela No. 1536 Nte. 50030 Toluca de Lerdo, Mex.

Marcas Registradas
LAM 287 - Med. NBE 286 -
Su venta requiere receta médica.
Farmacéutica exclusiva para médicos.

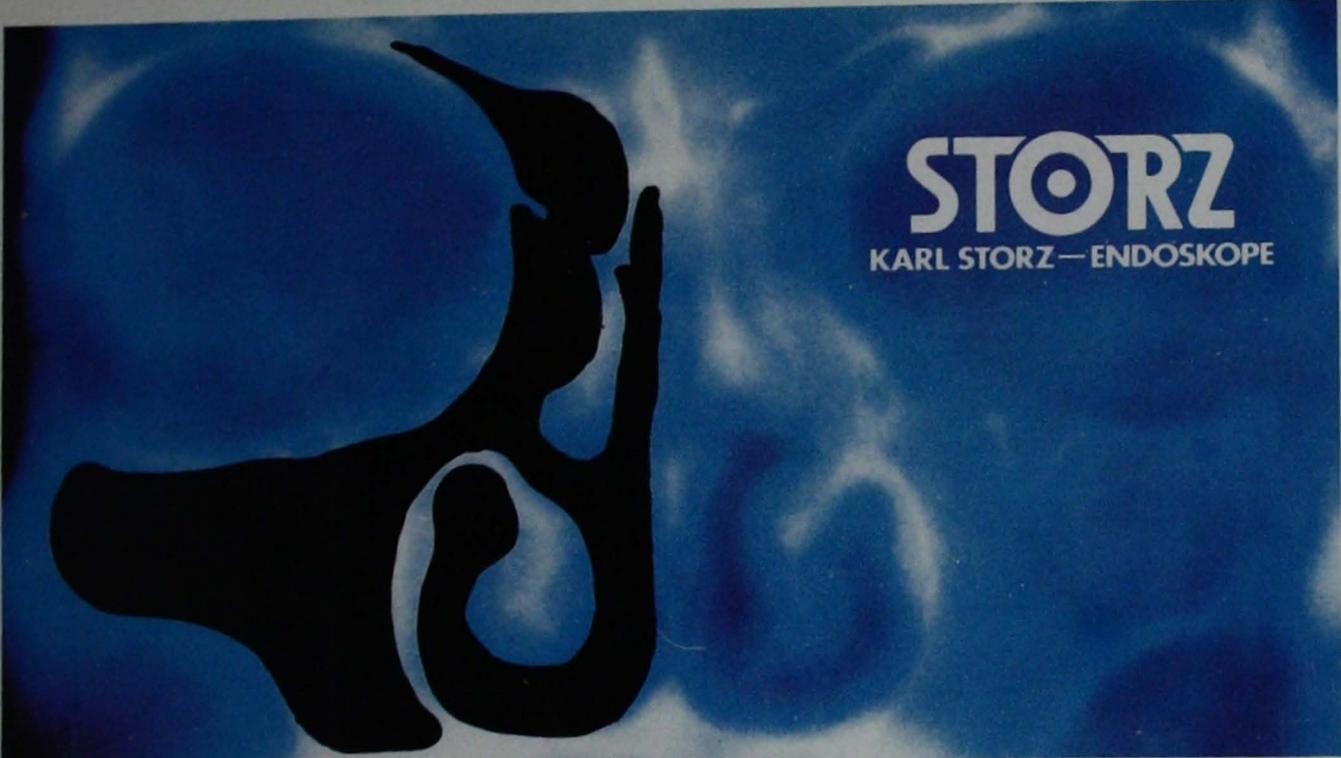
NUEVO

Lampicin*

La ampicilina Lakeside

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

* British National Formulary 1984



STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

ENDOSCOPIOS E INSTRUMENTOS

Karl Storz

LO MEJOR EN CALIDAD Y PRECISION

KARL STORZ GMBH & CO.
MITTELSTRASSE 8 POSTFACH 230
D-7200 TUTTLINGEN W. GERMANY
TELEGRAMA ENDOSKOPIE
PHONE (07461) 7080 TELEX 762656

KARL STORZ ENDOSCOPYAMERICA INC.
10111 W. JEFFERSON BOULEVARD
CULVER CITY CALIFORNIA 90232-3578
PHONE (213) 5581500.

KARL STORZ ENDOSCOPIA LATINO AMERICA
815 N.W. 57 AV. SUITE No. 342
MIAMI FLORIDA 33126
PHONE KSLA (305) 262-89-96

ENDOSCOPIA E INSTRUMENTOS S.A. DE C.V.
CARRACI No. 50
MEXICO D.F.
TEL. 5-63-45-20 y 6-11-29-17
TELEX 1764507 GONAME

EXCELENTE SERVICIO "EXCHANGE REPAIR" A SU ALCANCE CON TODOS LOS DISTRIBUIDORES



Características:

- BINOCULAR: Reta
- AUMENTOS: 4x, 6x, 10x, 16x, 25x
- OBJETIVA: f: 200 mm
- FOCALIZAÇÃO: manual
- OCULARES: 12,5x ajustáveis
- ILUMINAÇÃO: Lâmpada 6V-30W
- FILTROS: Azul e verde
- ESTATIVA: De parede, comprimento do braço articulado 47 cm, comprimento do antebraço 60 cm, movimento horizontal do braço 180°, movimento horizontal do antebraço 350°, movimento vertical do antebraço 50 cm

Nueva Generación

Nueva Optica

Nueva Area Visual

Nueva Iluminación

Nueva Profundidad de Campo Mecánica

México D.F. Tel. 611-42-62-577-81-42



DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA
Y
EQUIPO MEDICO



Av. Insurgentes Sur 2047 Loc. 4. 1o. Piso. México 20, D.F.

Tels. 548-67-08 y 548-20-52

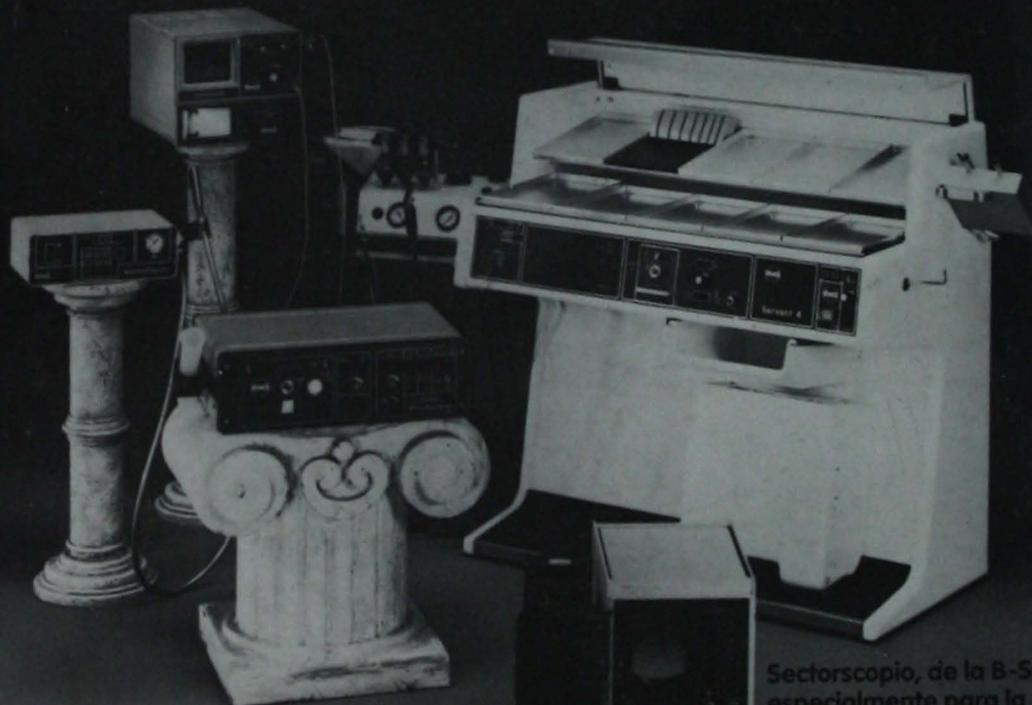
Clásicos con Futuro

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



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

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



Variotherm, el aparato
térmico de
excitación para el
diagnóstico vestibular

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

Endostroboscopio, para el
diagnóstico de la laringe.

martin

**CARL ZEISS
JENA**

**R
RICHARDS**

WOLF

