



ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL

• PAGINA DEL DIRECTOR	203
• TRABAJOS PROSPECTIVOS	
• Asociación terapéutica lomifilina y dihidroergocristina en el tratamiento del vértigo de origen isquémico. Dr. Ney Chavolla C. y Col.	205
• Monitorización electromiográfica del nervio facial en la cirugía de mastoides. Dr. Alberto Tueme Arellano y Cols.	210
• Reflejo nasobronquial en pacientes con rinitis obstructiva crónica estructural. Dr. Adán Rodríguez Ruiz y Cols.	216
• TRABAJOS RETROSPECTIVOS	
• Alteraciones de la voz en padecimientos neurológicos. Dra. Alicia Osorno Velázquez y Cols.	219
• CASOS CLINICOS	
• Uso de un angiosclerosante en anomalía vascular congénita del piso y septum nasales. Dr. Sergio O. Esper Dib	222
• Paraganglioma nasal Dr. Mario Barrón Soto y Cols.	225
• Carcinoma adenoideo quístico de glándulas salivales menores. Reporte de un caso Dr. Jorge E. Cruz Ponce y Col.	228
• Policondritis recidivante. Reporte de un caso y revisión de la literatura Dr. Julio César A. Mena Ayala y Cols.	231
• Tiroides lingual. Reporte de un caso. Dr. Mario Barrón Soto y Cols.	236
• NOTAS E INFORMACIONES	240
• CONSEJO MEXICANO DE ORL.	242

DISTRIBUCION GRATUITA
MEXICO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO
VOL. XXXIV NUMERO 3

Teldane

(Terfenadina)

Rinitis Urticaria

El Antialérgico que Actúa Desde la Primera Hora Sin Producir Somnolencia

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



INFORMACION PARA PRESCRIBIR

I. INDICACIONES

Piel:

- Urticaria - Dermatitis alérgica aguda o crónica

- Reacciones alérgicas a drogas y alimentos

Aparato Respiratorio:

- Polinosis aguda-rinitis estacional, fiebre del heno, rinoconjuntivitis

- Rinitis alérgica crónica o no estacional

- Sinusitis alérgica crónica

II. CONTRAINDICACIONES

Pacientes con hipersensibilidad a la droga.

III. USO EN EL EMBARAZO Y DURANTE LA LACTANCIA

Si bien los estudios de reproducción en animales no indicaron la posibilidad de efectos adversos, la terfenadina - como la mayoría de los medicamentos - no debe utilizarse en mujeres embarazadas ni en madres que amamantan, a menos que, en opinión del profesional, los beneficios potenciales superen los riesgos posibles.

IV. INTERACCIONES

No se ha informado interacción alguna entre TELDANE® y otro fármaco. Estudios especiales realizados con terfenadina, alcohol y diazepam no han mostrado interacciones medicamentosas entre estos productos cuando fueron administrados simultáneamente. Por lo tanto, TELDANE® no posee efectos sinérgicos con el alcohol ni el diazepam.

V. REACCIONES ADVERSAS

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

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

VI. FORMULA

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

VII. DOSIFICACION Y ADMINISTRACION

Comprimidos:

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

Jarabe:

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

2 mg/kg/día

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

2 mg/kg/día

VIII. SOBREDOSIFICACION

Se han reportado algunos casos de sobredosificación de 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 capsulas 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 el lavado gástrico inmediato y monitoreo cardíaco por lo menos durante 24 horas.

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

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

I.MED NIE-1551/J

Le Petit



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 cefálea. **Vía de Administración:** Nasal. **Dosis:** Una o dos aplicaciones en cada narina 3 a 6 veces al día. **Presentación:** Frasco con 17.5 ml. de Cromoglicato de Sodio, al 2%. **Fórmula:** Cada 100 ml. de Solución contiene: Cromoglicato de Sodio 2,000 G. Vehículo c.b.p. 100 ml. **Forma de Administración:** Previo aseo nasal, aplicar el spray. Continuar el tratamiento aún cuando los síntomas hayan desaparecido. Retirarlo gradualmente durante una semana.

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

Su venta requiere receta médica

Literatura exclusiva para médicos

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

* Marca Registrada

Fisons de México, S.A. de C.V.

FISONS

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

Ahora en México,

viennatone®

Presenta su línea de
AUDIOMETROS de mayor
prestigio internacional.



Audiometro diagnóstico
de tono puro
VDA1010

para consultorios y clínica

- Manejo simple y seguro
- Indicación digital de frecuencia, intensidades de sonido y enmascaramiento
- Ajuste con teclados electrónicos, sin interruptores mecánicos
- Tecla interruptora silenciosa
- Conexión a la red u operación con batería
- Ruido blanco u enmascaramiento de banda angosta
- Conexión para logo-unidad SPA 3010
- Conexión para unidad especial de test STU 5010

AUDIOMETRO para EXAMENES EN SERIE
para mediciones de conducción aérea y ósea

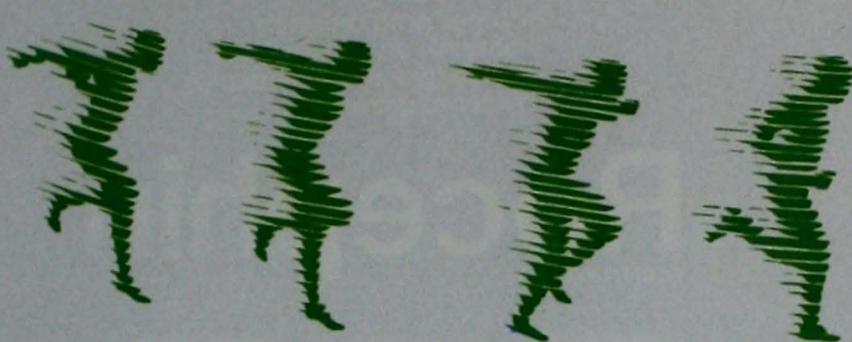
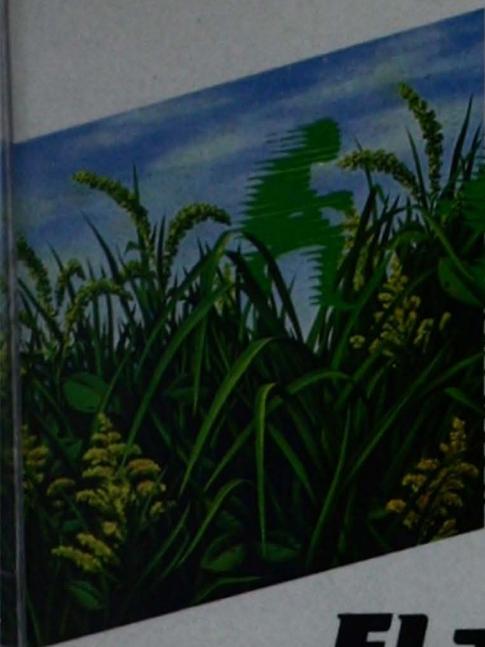
- Manejo simple y seguro
- Clara indicación LED para frecuencias y niveles auditivos
- Reglaje mediante teclas electrónicas, sin llaves
- Tecla de señal de tono silenciosa
- Poco consumo de corriente, conexión a la red u operación con batería
- Pequeño, ligero, portátil

V SC 2012



MEXICO, D.F.
Puebla 182 Mezzanine 8
Tels. 511•50•63 y 511•44•41

GUADALAJARA MONTERREY
Justo Sierra 2154 Pino Suárez 550-204



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
ANTI-HISTAMINICO 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.

Schering
S.A. DE CV

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

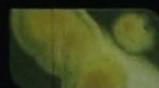
menos dosificación
en
menos aplicaciones

- 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

AUDIOMETROS PORTATILES MAICO



MA-41

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



MAICO

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

MA-39

Conducción aérea, construido para exámenes precisos pero muy portátil.

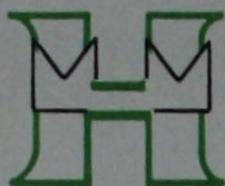
De fácil calibración, indicadores digitales de lectura fácil, presentación automática pulsada y atenuador electrónico.

MA-40

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

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

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



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®**

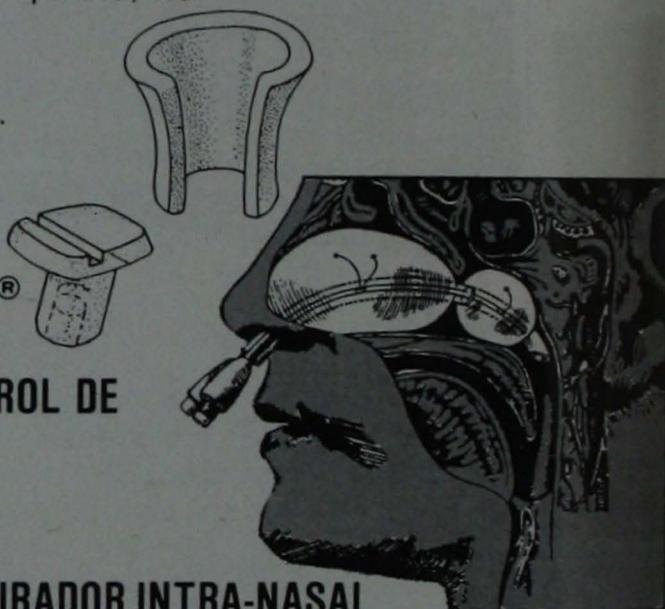
● **TUBOS ENDOTRAQUEALES LASER-SHIELD®**

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

● **PROTESIS DE VOZ PANJE®**

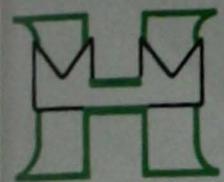
● **FUNDAS PARA MICROSCOPIOS, PARA PACIENTES Y EQUIPO.**

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



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

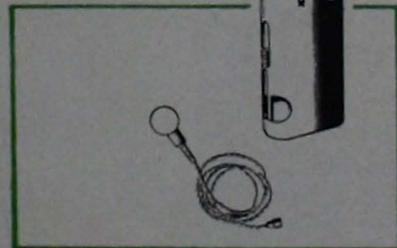
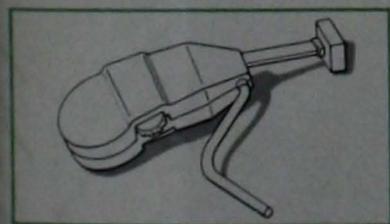
FAX: 682-67-01
TELS. 536-44-34 523-98-22
525-36-81 543-48-64



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



¿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.



HAGER & MEISINGER GMBH
ALEMANIA

Omina
ESPAÑA

meditec s.a.
ESPAÑA

meditec Instruments
ALEMANIA

Hnsy Corporation (HNSY)
ALEMANIA

HEINE OPTOTECHNIK
ALEMANIA

BOSCH
ALEMANIA

AMANN
CHIRURGISCHE INSTRUMENTE
ALEMANIA

Tecfen Corporation
USA

ZEISS
Alemania

MATERIAL QUIRURGICO
INSTRUMENTAL PARA MICROCIURUGIA
EQUIPO MEDICO



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

SOLICITE NUESTRO CATALOGO ILUSTRADO
INDUSTRIA DE INSTRUMENTACION
MICROCIRUGIA S.R.L. 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

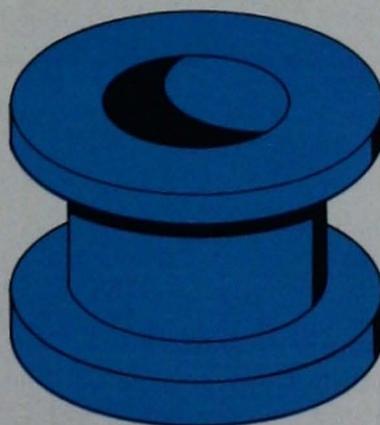
Tubos de ventilación.

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.

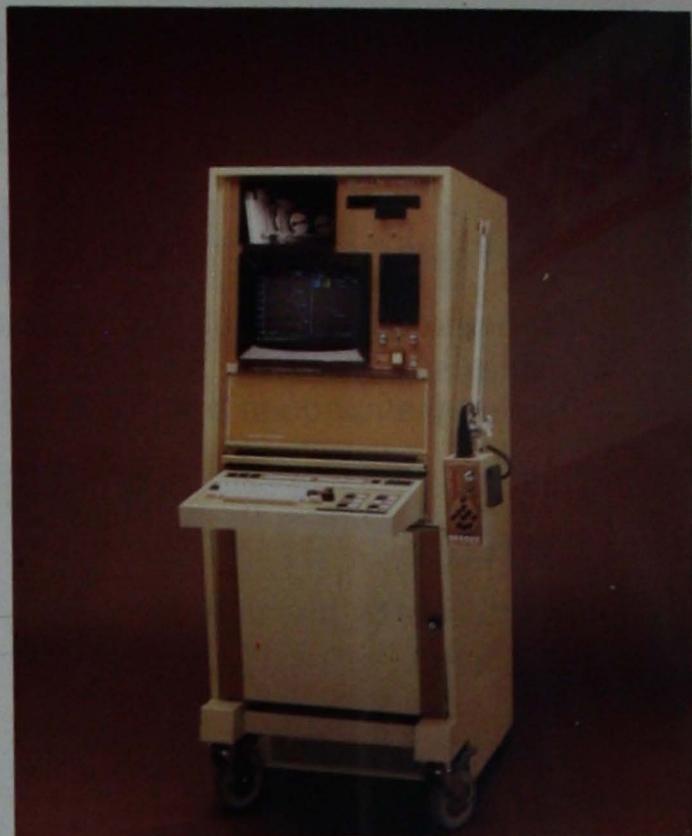
Paseo de la Reforma 234-602

06600, México, D.F.

Tel. 207-00-72

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, logaudiometría, 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.

Av. Universidad No. 1479
Col. Florida
01030 México, D.F.
Tels. 543-04-12
524-04-93
687-56-69
584-30-90



Hydergina[®] 4.5 mg



HYG-6-2,000-5/89-MEX-ENC



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 dismenorras y después de la aplicación de un DIU. Indicaciones periarticulares 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. **DOSIS 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-1AP-2/89

 **SYNTEX**

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

ANALES

VOL. XXXIV

México, Junio, Julio y Agosto 1989

Número 3

FUNDADA EN 1949

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

Director- Editor

Dr. Rafael García Palmer

Consejo de Redacción

Dr. José Antonio Arroyo Castelazo

Dr. Miguel Arroyo Castelazo

Dr. Marco Fidel Ayora 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
OTORRINOLARINGOLOGIA
Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO**
1989-1990

Dr. José Angel Gutiérrez Marcos
Presidente

Dr. Juan Felipe Sánchez Marle
Vice-presidente

Dr. Mario Barrón Soto
Secretario

Dr. Mario Hernández Palestina

Impreso en
Impresora y Editora Técnica S.A.

Dir. Gral. de Derecho de Autor
Registro N° 228-78
Certificado de Licitud
de contenido 929
Certificado de Licitud
de título 1625

Eugenia 13-403 C.P. 03810
México, D.F. Tel. 543-93-63

Dirección de Correos
Correspondencia de 2a. clase
Registro DGC N° 0730985
Características 220241116

PAGINA DEL DIRECTOR

Hace año y medio que me inicié en el mundo de la computación, ha significado una experiencia apasionante, en cuanto que es enfrentarse al reto del aprendizaje, de lo desconocido y al mismo tiempo ha complementado una serie de planes y proyectos en mi vida profesional y en el desarrollo de las actividades paramédicas, como por ejemplo la dirección y edición de ésta revista.

No pretendo explicar ahora que es una computadora, quiero simplemente platicar para que uso yo la computadora. Por supuesto el texto que estoy escribiendo en este momento lo estoy tipografiando en un procesador de palabras que me permite corregir sobre la pantalla, una y otra vez lo que estoy escribiendo, cambiarlo, modificarlo, sustituir todas las palabras que quizás he usado mal, revisar la ortografía y en su caso analizar la manera de conjugar un verbo, consultar en su diccionario el significado de una palabra y su posible sinónimo, cambiar todo un párrafo a otra localización, sin más que dar una orden al programa y finalmente cuando todo parece listo, puedo mandarlo a la impresora y en cuestión de segundos me lo escribirá en el tipo y tamaño de letra que yo he seleccionado, con el número de espacios entre renglones solicitado y con la calidad de escritura que se desee.

Una vez que yo entrego este texto a la correctora, será pasado al impresor el cual usará otro programa de computación para escribir nuevamente todo el contenido del presente número; sobre la misma hará la composición y compaginación y de ella se obtendrán lo que en el lenguaje de la impresión, se llaman los originales, los cuales con técnicas de computación permitirán la producción de la revista. Una vez que se nos entrega el número, las etiquetas que ponen en la fajilla del envío se han obtenido de un programa que existe en la computadora de la Sociedad para facilitar el proceso de distribución. En esta misma computadora se tienen los directorios de anunciantes, de patrocinadores, de bibliotecas a las que se envía la revista etc., etc., etc.

Dentro de mi trabajo cotidiano, en la consulta privada, al momento en que mi paciente entra a mi consultorio voy escribiendo sobre mi programa de consulta los síntomas que me va refiriendo y van siendo tipografiados, como quién escribe en una simple máquina de escribir, pero simultáneamente se van colocando en los diferentes capítulos en los que se compone una historia clínica, al explorar a mi pa-

ciente, igualmente reporto los datos sobre la computadora y pasando al capítulo de diagnóstico lo reporto así como mis impresiones clínicas y solicitud de exámenes, la receta y las ordenes de laboratorio o exámenes auxiliares de diagnóstico son escritos directamente en la impresora sobre formatos preestablecidos, pero personalizados o bien se edita precisamente lo que lo que se le quiere enviar. La próxima vez que regrese el paciente, solamente debo de poner una señal sobre el nombre del paciente que previamente la secretaria ha escrito con la cita en el día y hora señalado. Nadie busca un expediente, no hay papeles almacenados, todo lo hace la máquina. Por otro lado si yo deseo saber cuantos pacientes he visto en los cuales existe la palabra, por ejemplo 1. otosclerosis, 2. oído derecho, 3. del sexo femenino y 4. de 20 a 30 años, lo único que debo de hacer es pedirlo a la computadora y en unos cuantos instantes la lista aparece para ser manejada en la forma en que yo lo desee.

Podría seguir hablando de muchas otras ventajas, como son la administración de los ingresos y egresos, tanto personales como de la clínica que administro, de la utilidad en los programas de aprendizaje de mis hijas, de los muchos y entretenidos juegos de ingenio en los que se pueden usar, etc., etc., sin embargo, ampliarnos en este tema es hablar por horas y horas. Lo que sí es un hecho incontrovertible es que ya entramos a un mundo de la informática que cada día es una realidad en todas las actividades de nuestra vida y que es de una gran utilidad, de una utilidad creciente.

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 Autónoma de México.

TRABAJOS PROSPECTIVOS

Asociación terapéutica lomifilina y dihidroergocristina en el tratamiento del vértigo de Origen Isquémico.

Dr. Ney CHAVOLLA C.*

Dr. Rogelio CHAVOLLA M.**

RESUMEN.- Efectuamos un estudio abierto no comparativo, en 20 pacientes adultos de ambos sexos, con vértigo de origen vascular que podría estar o no acompañado de acúfeno y cefalea. Se empleó en la terapia una combinación fija de lomifilina + dihidroergocristina (80.0+0.8mg) en forma de gragea, la dosis empleada fue de 3 grageas al día durante 30 días. Todos los pacientes fueron evaluados al inicio y a los 30 días de tratamiento. Al final de la cual, la intensidad del vértigo

disminuyó 69.8%, el acúfeno 67.3% y la cefalea 76.7%; la disminución de la intensidad tuvo una significancia estadística de $p < 0.001$. En 4 pacientes se presentaron efectos indeseables leves que no obligaron a la suspensión de la terapia.

Summary.- A no comparative offering of vertigo of vascular ethiology receiving treatment with lomifilin (80 mg) plus dihydroergochristine (0.8 mg) three times a day with clinical evaluation before and thirty days after this treatment reporting good results on 95% of the cases.

INTRODUCCION

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 cocleo-vestibular.^{1,2}

De este último, sus células sensoriales son sensibles al cambio de presión de oxígeno y cuando ésta 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 de laberinto o con acción vasodilatadora.⁵ De los fármacos vasoactivos se han 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

* Profesor Titular de O.R.L. Facultad de Medicina. UNAM.

** Profesor Ayudante de O.R.L. Facultad de Medicina. UNAM.

con ello restituir la circulación.^{6,7}

Sin embargo, tienen la desventaja de ser mal absorbidos por vía digestiva. 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 de manera importante la solubilidad de la dihidroergocristina y por lo tanto su eficacia.^{9,10,11,12} Estos resultados farmacológicos 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 + DHEC en el tratamiento del paciente con vértigo de origen isquémico.

MATERIAL Y METODO

Se llevó a cabo un estudio clínico abierto no comparativo en el que se incluyeron 20 pacientes adultos, ambulatorios de ambos sexos y con diagnóstico de vértigo asociado o no a acúfeno y 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 o en periodo de lactancia.

Cada paciente fue evaluado a su ingreso y al 30avo día de estar recibiendo el tratamiento para el vértigo, a la do-

sis 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 + 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 impide 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 paramétrica (estadístico "t") y no paramétricas (chi cuadrada) para un nivel de significación esta-

dística $p = 0.05$.

RESULTADOS

De los 20 pacientes estudiados fueron diez masculinos y diez femeninos cuya edad promedio fue de 42.3 ± 9.7 años, todos los ambulatorios.

De nuestro grupo estudiado el 10% tenía antecedentes familiares de hipertensión arterial, 5% de artropatía y 5% de obesidad; 12 pacientes (60%) tenían antecedentes familiares de sobrepeso, hipertensión arterial, diabetes, artropatías y alergias, en las cuales coincidían 2 o más de estas patologías (tabla 1)

En cuanto a las patologías asociadas al vértigo de origen vascular, en el 55% lo estaba con el stress y el 5% con hipertensión arterial. En el 35% presentaban sobrepeso, hipertensión arterial y diabetes mellitus, en las cuales estaban asociadas dos o más de las patologías señaladas (tabla 1)

De acuerdo a las patologías estudiadas, 8 pacientes presentaban vértigo de Menière, 8 Síndrome vestibular de origen circulatorio, 3 vértigo por trastornos neurosensoriales de origen isquémico y 1 paciente con vértigo posttraumático.

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 2.65, que se calificó como ligeramente superior a moderado en el 100% de los pacientes estudiados; en cuanto al acúfeno, este estaba presente en 19 pacientes con una intensidad promedio de 2.26 y la cefalea en 18 pacientes con

una intensidad de 1.89 (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 0.80, que comparándola con la intensidad inicial, significa una mejoría del 69.8% el acúfeno disminuyó a una intensidad promedio de 0.74 lo que significó una mejoría del 67.3%, la cefalea presentó al final del estudio una intensidad del 0.44, lo que significó una mejoría del 76.7%; la mejoría de los tres síntomas al final del estudio tuvo una significancia estadística de $p < 0.001$ (tabla 2 y gráfica 1).

En el área de tolerancia 4 pacientes reportaron efectos indeseables, uno de ellos presentó síntomas de irritación gástrica de moderada intensidad y tres pacientes manifestaron náuseas de leve intensidad; en ninguno se tuvo que suspender la terapia, ni administrar ningún medicamento para aliviarlos.

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

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

Desde nuestro punto de vista tuvimos en forma global una eficacia (muy buena y buena) en 19 pacientes (95%). 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.

COMENTARIO

En nuestro grupo estudiado, la frecuen-

TABLA 1
ANTECEDENTES

PATOLOGIAS	FAMILIARES		PATOLOGICOS	
	N° de pacientes	%	N° de pacientes	%
HIPERTENSION ARTERIAL	2	10.0	1	5.0
SOBREPESO	1	5.0	-	-
STRESS	-	-	11	55
ARTROPATIA	1	5.0	-	-
ASOCIADAS*	12	60.0	7	35

* Con diversas patologías incluyendo las mencionadas

TABLA 2
EVOLUCION DE LA SINTOMATOLOGIA

	N° PACIENTES	PROMEDIO			p < 0.001
		INICIAL	FINAL	MEJORIA	
VERTIGO	20	2.65	0.80	69.8	p < 0.001
ACUFENO	19	2.26	0.74	67.3	
CEFALEA	18	1.89	0.44	76.7	

TABLA 3
EFICACIA VALORADA POR EL INVESTIGADOR SEGUN PATOLOGIAS ESTUDIADAS

	N° de Pac.	Eficacia: N° pacientes (%)			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Nulo
Síndrome de Menière	8	3 (37.5)	4 (50.0)	1 (12.5)	0
Síndrome vestibular de origen circulatorio	8	2 (25.0)	6 (75.0)	-	-
Vértigo neurosensorial de origen isquémico	3	2 (66.7)	1 (33.3)	-	-
Vértigo postraumático	1	-	1 (100.0)	-	-

cia del vértigo se dio en relación al sexo 1 : 1, que la mayor frecuencia del vértigo la encontramos en la 4a. década de la vida, asociada al 55% con el stress y al 5% con hipertensión arterial, el 35% presentaba sobrepeso, hipertensión arterial, diabetes mellitus, asociada en dos o más patologías de las señaladas.

Respecto a la eficacia terapéutica de acuerdo a las patologías estudiadas obtuvimos en el Síndrome de Menière una eficacia global del 87.5% en el síndrome vestibular de origen circulatorio 100%, con el vértigo por trastorno neurosensorial de origen isquémico 100% y el 100% en vértigo post-traumático.

En el total de pacientes que estudiamos, logramos una eficacia terapéutica del 95%.

La tolerancia fue buena en 16 de los 20 pacientes estudiados y sólo 4 pacientes reportaron efectos indeseables, de ellos, tres reportaron náusea ligera y uno síntoma de irritación gástrica, en ningún paciente se tuvo que suspender la terapia, ni hubo necesidad de administrar medicamentos adicionales para aliviar dichos efectos secundarios.

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

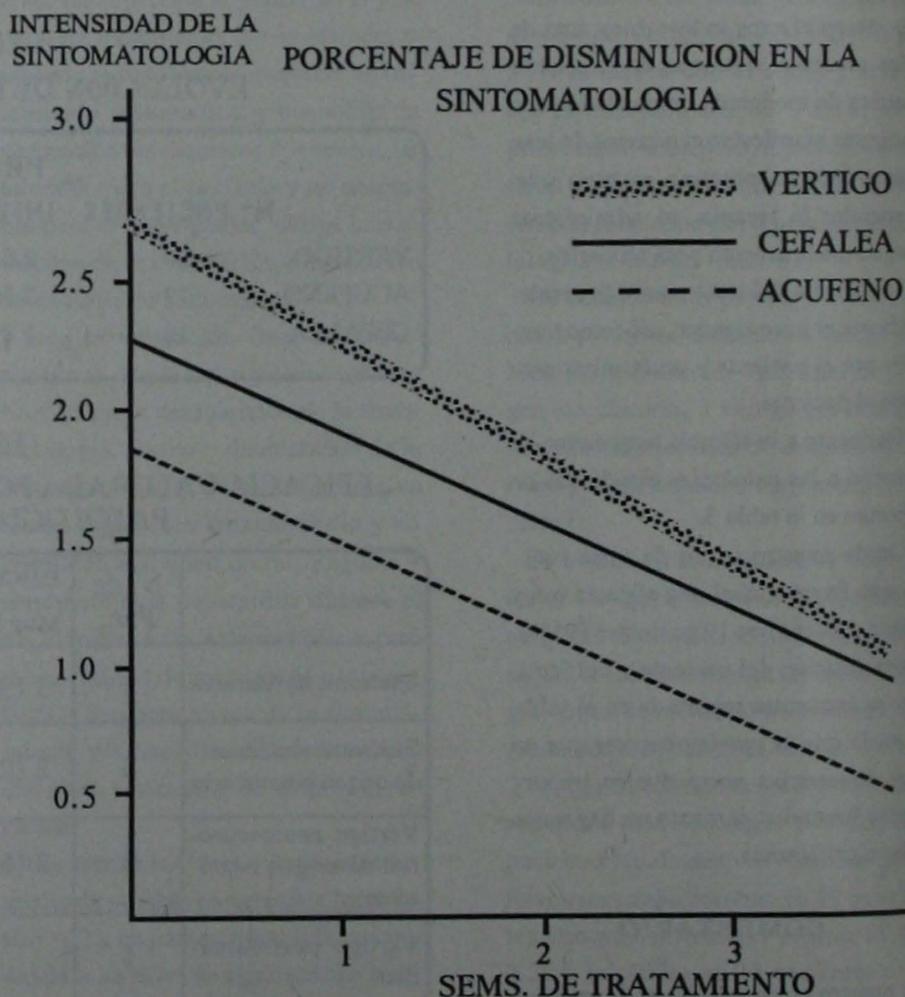
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- WOLF, A.: Update on epidemiology of Stroke, en Stroke: Epidemiological Therapeutic and Socio-economic aspects. Royal Society of Medicine Service, International Congress and

TABLA 4
EVALUACION GLOBAL EFICACIA

	Nº de Pac.	Eficacia: N° pacientes (%)			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Nulo
Investigador	20	7 (35.0)	12 (60.0)	1 (5.0)	-
		19 (95.0)			
Paciente	20	8 (40.0)	10 (50.0)	2 (10.0)	-
		18 (90.0)			
Familiar	20	(35.0)	10 (50.0)	3 (15.0)	-
		17 (85.0)			

GRAFICA 1



Symposium Series 1985: 99.

- 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 disease in basis for a classification of cerebral arteria diseases. *Current Clinical Practice.* Ed. Coubier Robert Excerpta Medica Amsterdam 1985.
- 4.- *Valenzuela, D.R.*: Otosclerosis y vértigo. Consideraciones clínicas y quirúrgicas. *Anales Soc. Mex. Otorrinolaringología* 1985: 30:
- 5.- *Fábregas, R.A./Guerrero, J.A.*: Actividad de la Asociación Lomifilina-Dehidroergocristina en comparación con Dihidroergotoxina en Insuficiencia Vasculocerebral. *Prensa Med. Argent*, 1982: 69: 691-695.
- 6.- *Wittenborn, J.R.*: Pharmacotherapy for Age-Related Behavioral Deficiencies. 1. of Nerve and Mental Diseases 1981: 169:
- 7.- *Zoglio, M.A.; Maulding, M.A. y 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, en William Heineman, "Background to Migraine" Third migraine Symposium London, 3:80-102.
- 9.- *Zoglio, M.A.; Maulding, H.V.*: Complexes of Ergot Alkaloids and Derivative II: Interaction of Dihydroergotoxine 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.* 1970: 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: 1673-75.
- 12.- *Zoglio, M.A.; Maulding, H.V.*: Complexes of Ergot Alkaloids and Derivatives V: Interaction of Methysergide Maleate and caffeine in Aqueous Solution. *J. Pharm. Sci.* 1970.: 59: 1836-37.
- 13.- *Valdés, F.E.; Giménez, J.C., y Debian, A.M.*: Estudio doble ciego comparativo entre Lomifilina, Dehidroergocristina 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 + Dihidroergocristina en el tratamiento de origen circulatorio. Resultado en 251 pacientes. Pendiente Publicación.
- 15.- *Valencia, G.C.; Valencia, P.C.*: Uso de la asociación Lomifilina + Dihidroergocristina en el tratamiento del vértigo de origen circulatorio. Resultado en 158 pacientes. Pendiente Publicación.
- 16.- *Valencia, G.C.; Valencia, G.P.*: Estudio comparativo de la eficacia y seguridad de Lomifilina + Dihidroergocristina vs. cinarizina en pacientes con vértigo de origen circulatorio. Pendiente Publicación.
- 17.- Uso de la Lomofilina + Dihidroergocristina en el tratamiento del vértigo de origen isquémico. Mereles del Valle R. Pendiente Publicación.

Monitorización electromiográfica del nervio facial en la cirugía de mastoides

Dr Alberto TUEME ARELLANO*
Dr. Héctor RAMIREZ OJEDA (coautor)**

Resumen.- Se presentan diez casos de cirugía de mastoides con monitorización electromiográfica del nervio facial transoperatoria. La monitorización periférica del nervio facial durante procedimientos quirúrgicos disminuye el trauma al nervio, la cual puede preservar la función, siendo ésta una de las metas principales de la cirugía de mastoides.

La electromiografía transoperatoria alerta al cirujano de la proximidad del nervio facial y la posible lesión de éste.

Palabras Clave: Monitorización, electromiografía, nervio facial, cirugía otológica.

Summary.- Ten cases of mastoid sur-

gery with facial nerve monitorization by means of electromyography are recorded. The author emphasize the advantages of this technique to prevent facial nerve damage during the surgical procedure.

INTRODUCCION

Una meta de la cirugía otológica es la preservación del nervio facial tanto anatómica como funcionalmente¹ lo que nos recuerda el precepto de Hipócrates "Primum non nocere".

Al nervio facial se le puede lesionar en el cráneo, dentro del hueso temporal, y en la cara. Los cirujanos que trabajan en estas áreas se han preocupado en mantener la función del nervio facial.^{1,3}

En algunos pacientes el nervio facial, esta distorsionado por la enfermedad y la identificación exacta de éste puede ser muy difícil. Por lo que la monitorización eléctrica de los músculos faciales y la estimulación del ner-

vio facial puede permitir la identificación del mismo y la preservación de su función.

Publicaciones previas han presentado técnicas de monitorización del nervio facial en la cirugía otológica.^{1,7} la aplicación de electromiografía y técnicas electroneurográficas como monitorización intraoperatoria del nervio facial no es nuevo. En 1966, Parsons² describió el uso de electromiografía durante la cirugía de parótida. Delgado et al.³ y Sugita et al.⁵ separadamente describieron los métodos para la monitorización electromiográfica constante y estimulación del nervio facial durante la remoción de los neurinomas del acústico.

Los estimuladores del nervio facial han sido usados en parotidectomía, cirugía del hueso temporal y remoción de tumores del ángulo pontocerebeloso.^{3,5} Se emplean cátodos monopolares que producen un pulso rectangular, aproximadamente de 1 msec de

*Residente de III año Hosp. 20 de NOV. ISSSTE

**Jefe de Servicio ORL Hosp. 20 de NOV. ISSSTE

Trabajo presentado en el XXXIX Congreso Nacional de SMORL y CCC.

duración, desde una fuente de corriente constante.

Moller y Janette⁵ y Daube introdujeron el uso de electrodos intramusculares incrementando la sensibilidad y especificidad de la respuesta. Prass y Luders⁷ propusieron cambios a la técnica y especularon acerca de la actividad acústica durante la cirugía. La seguridad de la estimulación y monitoreo del nervio facial en la cirugía neurootológicas ha sido demostrado por Babin et, al⁶

En 1986 y en 1988 Harner et, al² mostraron una serie de 32 pacientes con monitorización del nervio facial en cirugía de hueso temporal con buenos resultados, la par⁴. Además Benecke et, al³ demostraron que el método es seguro y confiable en la localización y protección del nervio facial en la cirugía del ángulo pontocerebeloso.

Silverstein et, al¹ en 383 cirugías otológicas y neuro-otológicas, identificaron rutinariamente el nervio facial con la ayuda del estimulador y monitor ayudando a evitar lesiones del VII par en todo su trayecto. La preservación de la función del nervio ha llegado a ser foco de atención importante en la remoción de tumores del acústico.

La monitorización intraoperatoria con electromiografía permite al cirujano el uso de estimulación eléctrica para identificar positivamente el nervio facial. El escuchar la actividad electromiográfica a través de una bocina en la sala de operaciones da una retroalimentación constante de la cantidad de trauma que esta recibiendo el nervio facial. El cirujano puede usar esta información en su ventaja para cambiar la técnica o movimiento de disección a una área diferente cuando la actividad elec-

tromiográfica se presenta.

En este estudio reportamos el trabajo realizado en nuestro hospital en cirugía de mastoides, estimulando el nervio facial con equipo para electromiografía usado en el servicio de medicina física y rehabilitación. La respuesta fue observada por el personal de servicio de electromiografía antes y durante la cirugía, siendo este servicio de gran apoyo para el monitoreo del nervio facial.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron diez pacientes con diagnóstico de otitis media crónica tratados quirúrgicamente y monitorizados con electromiografía pre y transoperatoria del nervio facial de septiembre de 1988 a febrero de 1989, en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.

Se utilizó un electromiógrafo TECA modelo TE 42 (Figura 1), de canales de grabación directa y con dos amplificadores AA6AMK2, un estimulador NS6, un retrasador de señales, un control y contador CC6 y un promediador digital DAU6, una consola de brazo universal y bocinas y una grabadora de papel fotosensible. Se utilizaron dos electrodos de superficie de disco y dos electrodos de aguja monopolar MG-25, revestidos de teflón y descubiertos en la punta como electrodos captadores, un electrodo de tierra y dos electrodos de referencia y un electrodo de aguja coaxial CT-40 como electrodo estimulador.

El estudio electromiográfico preoperatorio comprendió: técnicas de electromiografía del nervio facial en forma bilateral y comparativo. Se estudiaron músculo frontal y cuadrado de la barba.

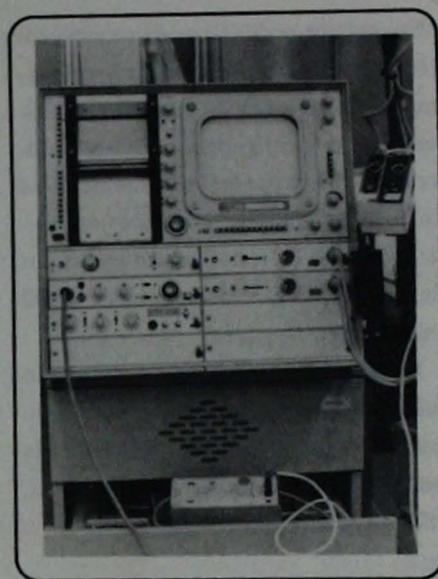


Fig. 1.- Electromiógrafo TECA TE 42

Durante la cirugía de mastoides se colocó un electrodo de aguja monopolar en el músculo frontal y otro en el músculo cuadrado de la barba (Figura 2), un electrodo de tierra en la frente, y dos electrodos de superficie en el dorso de la nariz. La duración del estímulo fue de 0.1 msec y la frecuencia del estímulo 1 pulso por segundo.

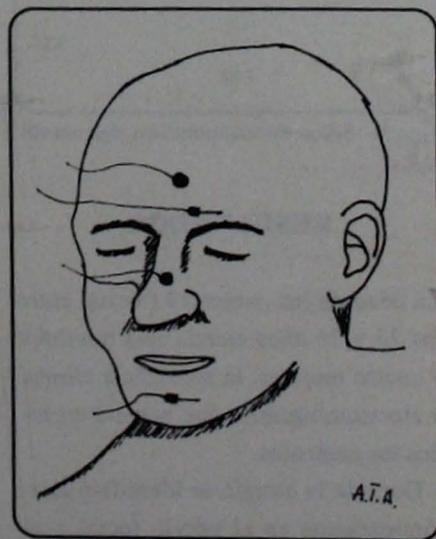


Fig. 2.- Diagrama de electrodos usados para la monitorización. Electrodos se insertaron en el músculo Frontal y cuadrado de la barba.

Se realizaron dos tipos de monitoreo: a) actividad electromiográfica espontánea (potenciales de fibrilación). b) Potenciales de acción compuestos musculares obtenida por estimulación directa del nervio facial por medio de una aguja coaxial CT-40 aplicando estímulos de intensidad que varió entre 10 y 100 milivoltios.

Los sitios de estimulación del nervio facial fueron dos: entre la porción timpánica y mastoidea (2da rodilla y en la porción mastoidea del nervio facial. (Figura 3)

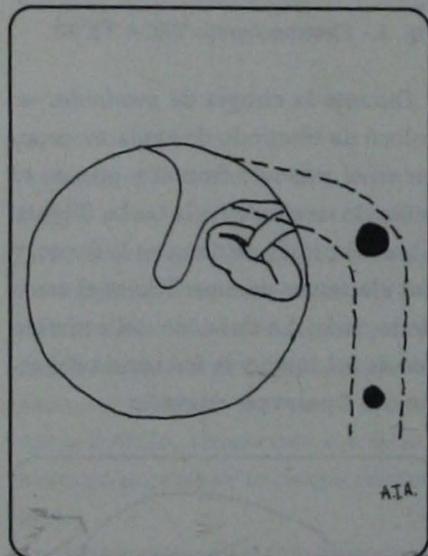


Fig. 3.- Sitios de estimulación del nervio facial.

RESULTADOS

La edad de los pacientes fluctuó entre los 23 y 36 años siendo seis hombres y cuatro mujeres, la apariencia clínica y electromiográfica fue normal en todos los pacientes.

Durante la cirugía se identificó anatómicamente en el nervio facial y se estimuló electromiográficamente en los sitios ya descritos, obteniendo respuestas en todos los casos, grabada

en papel fotosensible y escuchando a través de la bocina del electromiógrafo la respuesta de los músculos faciales.

Los potenciales de acción de los compuestos musculares fue la respuesta encontrada a la estimulación directa; y a la actividad electromiográfica espontánea se obtuvieron específicamente descargas neurotónicas, que a su vez eran emitidas como respuestas sonoras a través de la bocina del aparato de electromiografía, y dependieron su respuesta al espesor del hueso que separaba la aguja del nervio o la ausencia de éste, o presencia de enfermedad inflamatoria crónica. (Figura 4)

La intensidad del estímulo varió de 10 a 100 milivoltios usando como promedio para la estimulación 60 milivoltios, variando esto por la cantidad del hueso y tejido que separaba al estimulador del nervio facial, no pudiendo determinar la cantidad de hueso que separaba la fresa o el estimulador del nervio facial.

Todos los pacientes presentaron una función normal del nervio facial en el post-operatorio.

DISCUSION

La preservación del nervio facial durante la cirugía de oído requiere de que el cirujano tenga un excelente conocimiento de la anatomía y experiencia en la técnica quirúrgica. Durante la cirugía de mastoides, la porción vertical del nervio facial es visualizada rutinariamente. Silverstein et. al⁶ refiere que el estimulador es usado para ayudar al cirujano a determinar la cantidad de hueso que cubre el nervio facial.

Creemos que este tipo de monitorización puede ser útil cuando existen variantes anatómicas o ha sido distorsionada, la anatomía, por enfermedad congénita o crónica, o bien en los tumores de ángulo pontocerebeloso, y en donde existe cirugía previa.

El uso rutinario de la monitorización del nervio facial puede ser controversial. Sin embargo, para médicos residentes de entrenamiento, y para protección del paciente, el monitoreo rutinario puede ser de ayuda.

Para el cirujano experimentado probablemente no sea necesario este aparato.

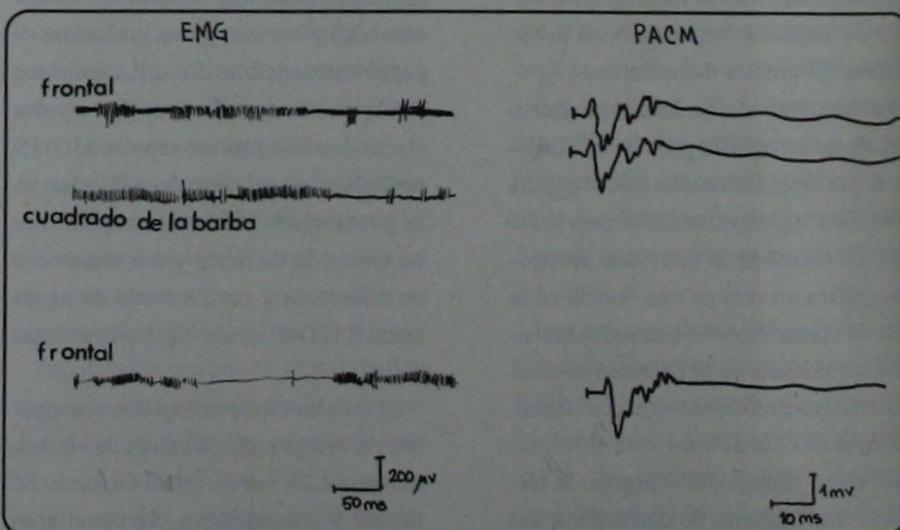


Fig. 4.- Monitoreo electrofisiológico del nervio facial transquirúrgico.

to de rutina, pero es aconsejable el usarlo para estar familiarizado con el mismo, y conocer las limitaciones y capacidades del método.

CONCLUSIONES

1. La localización del nervio facial es el primer paso hacia la preservación de la función del mismo.
- 2.- La electromiografía pre y transoperatoria provee información pronóstica para la preservación y función postoperatoria del nervio facial.
- 3.- Aunque ningún equipo puede reemplazar las habilidades quirúrgicas básicas, la monitorización transoperatoria de rutina y la estimulación del nervio facial confieren ciertas ventajas al cirujano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Silverstein H., Smouha E., Jones R.*, : Routine identification of the facial nerve using electrical stimulation during otological and neurotological surgery. *Laryngoscope* 1988; 726-730.
- 2.- *Harner S.G., Daube J.R., Ebersold M.J.*, : Electrophysiologic monitoring of facial nerve during temporal bone surgery. *Laryngoscope* 1986; 65-69.
- 3.- *Benecke J.E., Calder H.B., Chadwick G.*, : Facial nerve monitoring during acoustic neuroma removal. *Laryngoscope* 1987; 697-700.
- 4.- *Harner S.G., Daube J.R., Beatty C.W., Ebersold M.J.*: Intraoperative monitoring of the facial nerve. *Laryngoscope* 1988; 209-212.
- 5.- *Moller A.R., Janetta P.J.*: Preservation of facial function during removal of acoustic neuromas: use of monopolar constant-voltage stimulation and EMG. *J. Neurosurg.* 1984; 757-760.
- 6.- *Silverstein H.*: Microsurgical instruments and nerve stimulator monitor for retrolabyrinthine vestibular neurectomy. *Otolaryngol. Head neck surg.* 1986; 409-411.
- 7.- *Kinney S.E., Prass R.* : Facial nerve dissection by use of acoustic (loud-speaker) facial EMG monitoring. *Otolaryngol. Head neck surg.* 1986; 458-463.

Reflejo nasobronquial en pacientes con rinitis obstructiva crónica estructural***

Dr. Adan RODRIGUEZ RUIZ *

Dr. Antonio SODA MERHY **

Resúmen.- Se realiza estudio prospectivo y longitudinal en 20 pacientes con rinitis obstructiva crónica estructural para demostrar la presencia del reflejo nasobronquial, su frecuencia y repercusión en las vías respiratorias bajas, así como los cambios que se presentan en el post-operatorio después de la corrección quirúrgica del problema. Los resultados obtenidos permiten constatar el aumento de la resistencia broncopulmonar en los pacientes afectados y su mejoría en el post-operatorio.

Palabras clave: Obstrucción nasal, rinomanometría, espirometría, reflejón nasopulmonar, fisiología nasal, desviación septal.

* Residente de 3er. año de ORL del I.N.E.R.

** Jefe del dpto. de ORL del I.N.E.R.

*** Premio al mejor trabajo realizado por médico residente en el XXXIX Congreso Nacional SMORLYCCC. Puebla Pue.

Summary.- A study on twenty patients with a nasal obstructive syndrome of mechanical ethiology, with respiratory evaluation, before and after surgical treatment. The results show a diminish bronchopulmonary resistance after treatment.

INTRODUCCION

El enfoque de la medicina integral ha permitido considerar las vías respiratorias como una unidad, en la que existe una estrecha interdependencia entre las estructuras altas y bajas que se manifiesta desde su origen embriológico hasta sus relaciones anatómicas y funcionales.^{3,5,13}

Varios investigadores han demostrado la íntima relación funcional que guardan la vía área superior e inferior a través de mecanismos reflejos que desencadenados por estímulos nasales repercuten en la esfera cardiopulmonar^{1,3,5,7,8} En estudios llevados a cabo

en diferentes especies animales se pudieron observar cambios en la mecánica pulmonar al estimular la mucosa nasal^{7,8,11} Kratschmer y Cols,¹ demostraron un incremento en la resistencia del flujo aéreo en gatos al estimular las fosas nasales con humo de tabaco.

Ogura y Cols.² encontraron una respuesta similar en perros con obstrucción nasal creada quirúrgicamente. Jennifer¹ comprobó que la estimulación intranasal con agua helada producía apnea en perros.

Por otro lado, la relación entre la obstrucción nasal y sus repercusiones en la función pulmonar ha intrigado, desde hace mucho tiempo a los investigadores^{2,3,4,12,13,14,15}. Ogura en 1964,³ señaló que la obstrucción nasal severa produce disminución en la compliancia y en los movimientos pulmonares y torácicos del mismo lado de la obstrucción, así como un aumento de la resistencia broncopulmonar durante

la respiración oral y nasal en la mayoría de los pacientes.

Los hallazgos antes mencionados han llevado a suponer la existencia de reflejos nasopulmonares y nasobronquiales, mediados por los nervios Trigemino, Vago y Frénico, cuya influencia fisiológica consiste en modificar el tono de la musculatura bronquial, siendo el estímulo desencadenante del reflejo el flujo aéreo nasal. En caso de obstrucción nasal dichos reflejos producen aumento del tono bronquial y en consecuencia aumento en la resistencia al flujo aéreo pulmonar.^{7,8,11,16}

Esta observación nos motivó a realizar el presente trabajo cuyo objetivo es:

- a) Demostrar la presencia del reflejo nasobronquial.
- b) Su frecuencia en pacientes con rinitis obstructiva crónica.
- c) Los cambios que se presentan después de la corrección quirúrgica del problema.

Basados en la hipótesis de que los pacientes con rinitis obstructiva crónica estructural presentan repercusión sobre vías aéreas inferiores, manifestadas por alteraciones en pruebas de funcionamiento respiratorio.

MATERIAL Y METODO

Se realiza estudio prospectivo y longitudinal en 20 pacientes con rinitis obstructiva por desviación septal (área II a IV de Cottle) de marzo de 1988 a febrero de 1989.

La edad de los pacientes comprendidos en el estudio fluctuó entre 14 y 57 años, con promedio de 28.4 años, incluyendo ambos sexos (13 m y 7 f). Se excluyen del estudio a pacientes

con rinitis de etiología diferente a la estructural por desviación septal, así como pacientes con antecedentes personales y/o familiares de atopias, alergias y asma bronquial, además de aquellos con patología pleuropulmonar y/o bronquial.

METODOLOGIA:

A todos los pacientes se les realiza historia clínica, haciéndose especial énfasis durante la exploración física en la rinoscopia anterior y exploración de tórax.

Se someten en el preoperatorio a pruebas de funcionamiento respiratorio en el orden siguiente:

Espirometría con Pneumoscan tipo S-301

Rinomanometría anterior con máscara (rinomanómetro tipo Cottle modelo 2001 de dos canales).

Rinomanometría con vasoconstrictor
Espirometría con vasoconstrictor.
Espirometría con broncodilatador.

A todos se les realiza corrección quirúrgica de la desviación septal (septoplastia).

Se repiten los estudios de fisiología respiratoria en el mismo orden de un intervalo comprendido entre 2 y 6 meses posterior a la cirugía.

TECNICA

Los pacientes son instruidos para no tomar ni aplicarse medicamentos que alteren la mucosa nasal (vasoconstrictores, antihistamínicos, esteroides) 72 Hr antes del estudio, así como evitar fumar, baños de vapor, ejercicios físicos y comidas copiosas el día del estudio.

dio.

La espirometría se realiza con el paciente de pie y el broncodilatador que se utiliza es salbutamol, una inhalación por cada 10 Kg de peso y se esperan 20 minutos. Los parámetros que se miden con la espirometría son los siguientes:

Capacidad vital (C.V.), velocidad máxima de flujo (VMF), velocidad del flujo 50 (VF50), volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV 1) y la relación del FEV 1 sobre la capacidad vital (FEV 1/C.V.). Todos los datos espirométricos fueron cotejados con tablas de teóricos normales para la edad, sexo y talla de cada paciente. Los resultados se expresaron en porcentaje de este teórico normal, tomándose como normal 100% +/-10%.

La rinomanometría se realiza con el paciente cómodamente sentado utilizando como vasoconstrictor fenilefrina al 1% y se esperan 15 minutos.

Para la rinomanometría anterior con máscara se ocluye con cinta adhesiva (microfoam) el vestibulo nasal contralateral al estudiado y se deja una pequeña perforación central para el catéter que registrará la presión. El medidor de flujo se coloca en la parte inferior de la máscara.

Los datos obtenidos por la rinomanometría fueron las resistencias nasales parciales derecha e izquierda y la resistencia nasal total antes y después de la aplicación del vaso constrictor.

CUADRO I

GRUPOS DE EDAD	M	F	No DE CASOS
11-20	3	3	6 (30%)
21-30	6	3	9 (45%)
31-40	1	0	1 (5%)
41-50	1	1	2 (10%)
51-60	2	0	2 (10%)
TOTAL	13	7	20 (100%)

DESVIACION SEPTAL: 14 IZQUIERDAS 6 DERECHAS
INTERVALO CIRUGIA ESTUDIO POST-OPERATORIO

13 (65%) pacientes - 2 meses
2 (10%) pacientes - 3 meses
3 (15%) pacientes - 4 meses
2 (10%) pacientes - 6 meses

CUADRO II ESPIROMETRIA

PREQUIRURGICA					POST-QUIRURGICA						
25% (5) No presentaron anomalidades en los flujos.					40% (8) No presentaron anomalidades en flujos.						
50% (10) Anormalidad en uno de los flujos (+20%)					50% (10) Anormalidad en uno de los flujos (-20%)						
25% (5) Anormalidades en 2 o más de los flujos (+20%)					10% (2) Anormalidades en 2 o más de los flujos (-20%)						
TABLA COMPARATIVA EN LA DISMINUCION DE FLUJOS					TABLA COMPARATIVA EN LA DISMINUCION DE FLUJOS						
	C.V.	VMF	VF50	FEV1	FEV1/CV		C.V.	VMF	VF50	FEV1	FEV1/CV
SIN MEDIC.	20%(4)	20%(4)	65%(13)	10%(2)	10%(2)	SIN MEDIC.	10%(2)	5%(1)	50%(10)	10%(2)	10%(2)
CON VASOCONST.			SIN CAMBIOS			CON VASOCONST.			SIN CAMBIOS		
CON BRONCO-DILATADOR	10%(2)	10%(2)	50%(10)	5%(1)	5%(1)	DILATADOR	5%(1)	0%(0)	10%(2)	5%(1)	5%(1)

CUADRO III
RINOMANOMETRIA
PREQUIRURGICA
 Aumento de la Resistencia Nasal

	IPSILATERAL	CONTRALATERAL	TOTAL
PREVIA AL VASOCONST.	70% (14)	30% (6)	85% (17)
POST. AL VASOCONST.	55% (11)	45% (9)	75% (15)

POSQUIRURGICA
 Aumento de la Resistencia Nasal

	IPSILATERAL	CONTRALATERAL	TOTAL
PREVIA AL VASOCONST.	25% (5)	15% (3)	15% (3)
POST. AL VASOCONST.	15% (3)	10% (2)	5% (1)

COMENTARIOS

El presente estudio nos permitió establecer la correlación fisiopatológica entre las vías respiratorias altas y bajas que a través del reflejo nasobronquial se manifiesta por aumento de la resistencia de la vía aérea broncopulmonar con la utilización conjunta de la rinomanometría y la espirometría pudimos constatar que un 25% de pacientes con rinitis obstructiva crónica estructural no se ven afectados en su fisiología pulmonar, en cambio un 75% presentaron anomalías en sus flujos, de éstos una tercera parte (25%) resulta seriamente afectado involucrando dos o más de los parámetros estudiados.^{6,13}

La espirometría en post-operativo demuestra que el porcentaje de pacientes sin anomalías en sus flujos se incrementó del 25% al 40%, destacando la importancia de que el incremento es a expensas del grupo de pacientes más afectados fisiológicamente en el pre-operativo, es decir los que presentan

anormalidades en dos o más flujos.

El resto de pacientes también mejora en post-operativo ya que su disminución en los flujos que antes era mayor de 20% comparado con los teóricos normales, después de cirugía resulta menor al 20%.

Esta revelación resulta trascendental en pacientes con hiperreactividad bronquial de cualquier etiología, como alergias, desequilibrio parasimpático-simpático, descarga mucosa posterior, tabaquismo o inhalación de gases, donde la suma del reflejo nasobronquial puede ser el detonante de una serie de eventos que culminen en la insuficiencia respiratoria con las consecuencias conocidas en la fisiopatología cardiopulmonar y equilibrio ácido básico. De ahí la importancia que se deriva de la corrección quirúrgica del problema en pacientes predispuestos a la hipertonicidad bronquial donde el número de accesos puede espaciarse o disminuirse en severidad.^{2,5,6,10,12,13,14,16.}

Por otra parte la obstrucción nasal severa y aumento de la resistencia

broncopulmonar secundaria al reflejo nasobronquial ha contribuido al desarrollo de cor-pulmonale crónico en niños y pacientes jóvenes con incapacidad funcional a corto plazo^{2,3,5,12,13}

Aunque la mayoría de nuestros pacientes fueron estudiados en los primeros meses del post-operatorio, los mejores resultados se obtuvieron a los 4 y 6 meses, considerando que esta última fecha es la ideal para valorar los resultados post-quirúrgicos.

A pesar de que las vías aéreas nasales constituyen menos de la quinta parte del tracto respiratorio, representan las dos terceras partes de su resistencia, por lo que cualquier proceso obstructivo alto tendrá repercusión en los segmentos broncopulmonares.^{2,3,5,9,10,13}

CONCLUSIONES

- 1.- Se comprueba la presencia del reflejo nasobronquial con aumento de la resistencia broncopulmonar en el 75% de pacientes con rinitis obstructiva crónica estructural.
- 2.- La tercera parte de los pacientes afectados, presentan anomalías importantes, con alteración de dos o más parámetros de su fisiología respiratoria.
- 3.- El porcentaje de pacientes sin anomalías en sus flujos se incrementó del 25% al 40% después de la corrección quirúrgica del problema, a expensas del grupo más afectado en el pre-operativo.
- 4.- La alteración de los flujos fue menor al 20% (comparado con los teóricos normales), en los pacientes que persistieron con cifras anormales en el post-operativo.
- 5.- Se recomienda que la valoración de

los resultados fisiológicos, se realicen con un intervalo no menor de seis meses, después de cirugía.

6.- Se comprobó que en la dinámica del tracto respiratorio existe una retroalimentación constante entre estructuras altas y bajas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Jennifer E. Daly J.* : Nasal reflexes. Proceedings of the Royal Society of Medicine. 1969:62:1287 - 1293
- 2.- *Ogura, J. H.*: Nasal Obstruction and the Mechanics of Breathing Arch. Otolaring. 1966:83:135 - 150
- 3.- *Ogura, J. H.*: Experimental Observations of the relationships Between Upper Airway Obstruction and Pulmonary Functions Ann. Otolaryng. 1964:73:381
- 4.- *Cottle M.*: Concepts of Nasal Physiology as related to corrective Nasal Surgery. Arch. Otolaring 1960:72:11 - 20
- 5.- *Cottle M.*: A consideration of Nasal, Pulmonary and Cardiovascular Interdependence and Nasal Pulmonary Function Studies. Rhinology 1980 : 18 : 67 - 81
- 6.- *Czernic.*: Clinical Rhinomanometry. J. Otolaringol. 1981:10:287 - 293
- 7.- *Whicker, Kern. Hyatt.*: Nasopulmonary Reflex: Evaluation in the Nonparalyzed and Paralyzed Anesthetized Dog. Ann. of Otol - Rhinol - Laryngol. 1978:87:91 - 97
- 8.- *Whicker, Kern.*: The Nasopulmonary Reflex in the Awake Animal. Ann. of Otol - Rhino - Laryngol. 1973:82:355 - 358
- 9.- *Hinchcliffe, R.*: Some Aspects of Nasal Function and Dysfunction in Relation to Environmental Air. Ann. Occup. Hyg. 1960 : 3 : 6 - 21
- 10.- *Cass.*: Measurement of Total Respiratory and Nasal Air Flow Resistance. Jama 1967 : 199 : 146 - 148
- 11.- *Whicker, Kern.*: Effect of Denervation of Nasal Mucosa on Pulmonary Mechanics. Annals of Otol - Rhino - Laryngol. 1973 : 82 : 724 - 728
- 12.- *Mc Caffrey, Kern.*: Response of Nasal Airway Resistance to Hypercapnia and Hypoxia in man. Ann. Otol - Rhino - Laryngol. 1979 : 88 : 247 - 252
- 13.- *Nolte, D.*: Comparing Measurements of Nasal Resistance by Body Plethysmography and by Rhinomanometry. Respiration. 1973: 30: 31-38
- 14.- *Arbour, Kern.*: Paradoxical Nasal Obstruction. Canadian J. of Otolaryngol. 1975: 4: 333-338
- 15.- *Makoto Hasegawa, Kern.*: The Human Nasal Cycle. Mayo Clinic Proc. 1977: 28-34
- 16.- *Cohen, B.*: Nasal Airway resistance And the effects of bronchodilators in expiratory Airflow Disorders. Respiration. 1969:26: 35-46

TRABAJOS RETROSPECTIVOS

Alteraciones de la voz en padecimientos neurológicos

Dra. Alicia OSORNO VELZAQUEZ*
Dr. Fernando ROMERO FERNANDEZ**
Dr. José Martín AMADOR DURAN*
Dr. Antonio RODRIGUEZ ALCARAZ*
Dr. Mauricio OCHOA GARCIA***

Resumen.- Se ejemplifican 5 casos, con padecimientos de tipo neurológico, tales como miastenia gravis, esclerosis lateral amiotrófica y síndrome de Tapia con afección de los nervios vago e hipogloso por un proceso degenerativo; los cuales acudieron a nuestro servicio por presentar alteraciones en la voz, tales como rinofonía y disfonía, y gracias al estudio completo y sistematizado se precisó el diagnóstico.

Summary.- Five cases of neurological disease such as Myasthenia Gravis, Tapia's Syndrome, and lateral pontome-

dullar sclerosis, with changes in the quality of the voice are.

INTRODUCCION

El centro del lenguaje hablado se encuentra situado en el área de Broca (área 4) de la circunvolución prerolandica del hemisferio dominante, controlando los movimientos de las cuerdas vocales en la producción de la voz.^{1,2}

La musculatura correspondiente a los nervios craneales que intervienen en el lenguaje motor, es inervada por las neuronas motrices inferiores, situadas en las masas nucleares del bulbo y en la mitad inferior de la protuberancia.³

El núcleo ambiguo es el núcleo central del nervio vago, está situado entre el piso del 4º ventrículo y la oliva inferior, emitiendo fibras viscerales especiales para los músculos de la faringe y de la laringe por intermedio de los nervios glosofaríngeos, vago y espinal.³

Las alteraciones que afectan el tallo cerebral, a nivel de agujero rasgado posterior o a nivel de la placa neuromuscular pueden ocasionar lesiones del nervio vago, glosofaríngeo e hipogloso que afectan a los músculos inervados por estos nervios, como son: El paladar, faringe y laringe.²

PRESENTACION DE CASOS

Caso No. 1.- Paciente femenino de 15 años de edad, que presenta rinolalia abierta de 3 meses de evolución, que aumenta en el curso de una conversación o lectura, refiriendo además disminución de la fuerza muscular de extremidades superiores. Se observó hipomovilidad importante de la musculatura velofaríngea. Se solicitó valoración neurológica, siendo la impresión diagnóstica de miastenia gravis, corroborándose con la prueba de edrofonium I.V.

Se inició tratamiento con piridostigmi-

* Servicio de O.R.L. Centro Médico Naval.

** Servicio de O.R.L. Hospital Central Norte Pemex.

*** Ex-residente del servicio de O.R.L. Hospital Central Sur de Pemex.

na y prednisona, mejorando parcialmente de la fuerza muscular y desapareciendo la rinolalia, desde los primeros días de tratamiento un año y medio después se presentó con dificultad para respirar por parálisis de los músculos respiratorios, evolucionando tórpida y fallece.

Caso No. 2.- Paciente femenino de 25 años de edad, que inicia su padecimiento un mes antes de su estudio con la presencia de rinolalia abierta que aumenta en el curso de una conversación, mejorando con el reposo de voz. Refiriendo diplopia, a la exploración física se observó hipomovilidad velofaríngea. Se realiza el diagnóstico probable de miastenia gravis, enviándose a estudio neurológico corroborándose dicha entidad. Se inició tratamiento con piridostigmina, su evolución es satisfactoria en un principio, se desconoce su evolución posterior.

Caso No. 3.- Paciente femenino de 29 años de edad, con padecimiento de 3 años de evolución con rinofonía abierta así como fatiga de los músculos de la cara, fue tratada durante dos años con vitaminas orales y parenterales, con ejercicios foniatrícos y manejo psiquiátrico por un año prescribiéndosele tranquilizantes y difenilhidantoinato, posteriormente presenta crisis miasténica, caracterizada por debilidad muscular generalizada, dificultad respiratoria debida a parálisis de músculos respiratorios es enviada a neurología, quien corrobora el diagnóstico de miastenia gravis, recibiendo tratamiento piridostigmina y prednisona, evolucionando satisfactoriamente por 6 meses, en la actualidad se desconoce su evolución.

Caso No. 4.- Masculino de 21 años de edad, con padecimiento de 4 años de

evolución por disfonía e hipoestesia de hemilengua izquierda, a la exploración física se corrobora las alteraciones de la lengua así como atrofia de la misma y desviación de la lengua a la derecha, fasciculaciones de la mitad izquierda del paladar blando, laringe con parálisis de cuerda vocal izquierda.

El diagnóstico fue: Lesión ocupativa a nivel de bulbo; se le realizaron tomografía computarizada de cráneo, cisternografía y neumoencefalograma siendo normales.

Se llegó al diagnóstico de síndrome de Tapia con afección del neumagástrico e hipogloso de probable etiología degenerativa.

La evolución del paciente ha sido estable.

Caso No. 5.- Paciente masculino de 31 años, con padecimiento de 6 meses de evolución con la presencia de rinolalia abierta, así como dificultad para la articulación del lenguaje posterior a fractura mandibular post-traumática, por lo que se pensó que esa era la causa y se le envió a terapia de lenguaje, diagnosticando incoordinación bucofonatoria postraumática, sin mejoría, por lo que se valoró nuevamente por el otorrinolaringólogo, notando aumento de la rinolalia e imposibilidad para la articulación de algunas consonantes. A la exploración física se observó hipomovilidad velofaríngea, fasciculaciones de la lengua, se envía al servicio de neurología en donde se observan hipotrofia de ambas manos con atrofia de músculos interóseos. Lengua con fasciculaciones y fuerza muy disminuida, así como fasciculaciones en ambos hombros.

Se hace el diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica, realizándosele, elec-

tromiografía, la cual es compatible con el diagnóstico, se le practican estudio radiológico de cráneo, columna cervical, tomografía computarizada de cráneo y estudio mielográfico cervical, siendo normales.

La evolución del paciente ha sido progresiva a la espasticidad de miembros inferiores y disminución importante de la fuerza muscular de miembros superiores, la rinofonía es estable.

COMENTARIOS

La miastenia gravis es un padecimiento de etiología autoinmune, se ha demostrado que existe en el 85% de los pacientes una inmunoglobulina que compete con el receptor de la placa neuromuscular.¹

El 65% de los pacientes cursan con hiperplasia de timo y el 10% desarrollan timoma.²

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes entre la 2a. y 3a. década de la vida.

Se caracteriza por debilidad y fatiga anormal de la musculatura esquelética, principalmente de los músculos inervados por núcleos bulbares, clínicamente se presenta ptosis palpebral, diplopia, estrabismo, debilidad de los músculos faciales, debilidad de la masticación, y de la deglución en la fonación existe voz nasal de tono agudo, que aumenta con el curso de la conversión en el 62% de los pacientes miasténicos se ha presentado el lenguaje disártrico, con cambio de la voz caracterizado por disminución del volumen e incremento de la hipernasalidad, con el uso repetitivo de la voz, así como la presencia de disfonía que puede llegar a la afonía.^{1,2,4}

La esclerosis lateral amiotrófica, es un padecimiento en el cual, hay pérdida progresiva de las neuronas del asta anterior, así como afección bulbar ocasionando debilidad y agotamiento muscular; se presenta en mayor porcentaje en hombres en la 5ta y 6ta década de la vida. Las manifestaciones iniciales, pueden presentarse, a nivel faríngeo, laríngeo y lengua, posteriormente la enfermedad progresa e involucra a todos los músculos voluntarios.

En la literatura revisada al respecto, se menciona que un 40% de los casos con esclerosis lateral amiotrófica, presentaron como primer signo de afectación bulbar, las alteraciones de la voz, antes que la atrofia muscular y las manifestaciones piramidales.^{1,5}

El síndrome de Tapia, es uno de los síndromes que afectan el agujero rasgado posterior, en el cual se encuentran involucrados, el neumogástrico y el

hipogloso con o sin participación del espinal cuya etiología puede ser traumática, tumoral o degenerativa.

CONCLUSIONES

Debido a que las alteraciones de la voz, que presentan los pacientes con miastenia gravis, esclerosis lateral amiotrófica y síndromes que afectan el agujero rasgado posterior, el otorrinolaringólogo puede ser el primero en detectar este tipo de padecimientos y realizar un estudio integral, indispensable para establecer el diagnóstico correcto y poderlos derivar al neurólogo para su tratamiento adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Neal, D. Clarke, L.: Trastornos neomusculares clínicas ORL. Nor-

teamérica. 1987: I: 207-214

- 2.- Adams, RD.; Victor, M.: Principles of Neurology, secon edition New York MC. Gram-Hill 1981.
- 3.- Tyler, R.M.D.: Neurology of the larynx, the otorrinologologic clinic of North America Vil. 1984 : I: 75-79
- 4.- Schnid, T. Nowara.: WW. Marcke. EJ. Feil. PA. Respiratory Failure in miasthenia gravis, due vocal cord paresis arch neurol. 1984: 91: 567-568
- 5.- Carpenter, R.J. Mc Donald, T.J., Howard, FM.: The otorrinolaringologi presentacion of amyotrophic lateral sclerosis. Trans am acad ophthalmol otolaryngol. 1978: 86: 479-484

CASOS CLINICOS

Uso de un angiosclerosante en anomalía vascular congénita del piso y septum nasales

Dr. Sergio O. ESPER DIB

Resumen.- Se describe el manejo y evolución de un paciente con anomalía vascular congénita del piso del septum nasal que ocasionó epistaxis profusa y repetitiva, y que no había cedido a terapéutica convencional.

La aplicación intralesional del HIDROXIPOLIETOXI-DODECANO, a dosis inferiores a 2 ml, adicionados con aire (para producir espuma), en la zona afectada y la facilidad del acceso a la misma para observar su evolución la cual fue altamente satisfactoria después de 6 meses.

Palabras Claves: Epistaxis, esclerosantes.

Summary.- A patient with an inborn vascular malformation involving the floor of the nose and the nasal septum, producing frequent and profuse epistaxis, is treated with local sclerosing substance, with resolution of this problem.

PRESENTACION DEL CASO

Masculino de 38 años que acude a consulta, en Febrero de 1982, por epistaxis izquierda, profusa, con el antecedente de haber sido taponado en varias ocasiones.

Traumatismo nasal en la infancia, con sangrado importante y que cedió espontáneamente (a decir del paciente). a la exploración: Se observa paciente débil, con palidez de tegumentos, y epistaxis profusa por narina izquierda, con venoclisis permeable (aparentemente colocada el día anterior en su lugar de origen).

Se efectuó revisión otorrinolaringológica y se colocó taponamiento nasal anterior con gasa furacinada.

Se hospitalizó al paciente y se transfundieron 2 unidades de sangre fresca.¹

A las 48 hrs, se retira taponamiento nasal, observando mucosa hiperémica, con sangrado en capa, en plexo de Kiesselback, por lo que se apli-

can taponamiento con Gelfoam; 24 hrs después, el paciente presenta nuevo sangrado nasal importante, por lo que se efectuó revisión bajo anestesia general.

Se pudo comprobar la existencia de malformación vascular de tipo telangiectasia, que comprendía plexo de Kiesselbalck, parte del piso nasal y borde inferior del cornete inferior izquierdos.

Se efectuó resección submucosa de septum nasal y electrofulguración de los vasos prominentes², y se dejó taponamiento nasal anterior con gasa furacinada, con colchón de Gelfoam, a las 72 hs, ya sin sangrado activo, se retira taponamiento de gasa, indicando humedecer la fosa nasal con solución fisiológica, constantemente, dándose alta a los 7 días.

15 días después, acude nuevamente a consulta por el mismo problema: epistaxis izquierda. Se efectuó vasoconstricción y se optó por la aplicación

"intra-mucosa" de "HIDROXIPOLIE-TOXI-DODECANO" (angiosclerosante empleado en Angiología, para pequeñas telangiectasias de piel de miembros inferiores), y bajo la supervisión del angiólogo.³

La aplicación, se efectuó de la siguiente manera:

1.- Anestesia local tópica con Lidocaína 3% + Oximetazolina como vaso-constrictor.

2.- En una jeringa de cristal se colocó 1 ml del Hidroxipolietoxi-dodecano (Fig 1) + 2 ml de AIRE, agitando la jeringa hasta obtener una mezcla burbujeante (espumosa): (Fig. 2).

3.- Con aguja calibre 25, se infiltró el borde inferior del cornete inferior izquierdo (Fig. 3) extrayendo la jeringa poco a poco (Fig. 4) a medida que se iba inyectando la sustancia (Fig. 5) : 1 ml de la mezcla.

4.- Nueva infiltración, del piso nasal, con la misma maniobra (aplicando de dentro hacia fuera): 1 ml.

5.- Una última aplicación, con técnica similar, en plexo de Kiesselback, pero en forma radiada: 1 ml.

Se colocó taponamiento con Gelfoam y se hospitalizó al paciente para observar evolución.

Mencionaremos que el paciente se quejó de intenso dolor durante las 3 aplicaciones.

No se observaron datos de afección sistémica, pero si edema de hemicara izquierda, con DISCRETA HIPEREMIA CONJUNTIVAL IZQUIERDA.

Se retiró lo que quedaba de Gelfoam, al 4o día, sin observar signos de sangrado activo, aunque la zona infiltrada mostraba datos de atrofia de mucosa.

La evolución posterior, fue satisfactoria: no presentó sangrado, no hubo

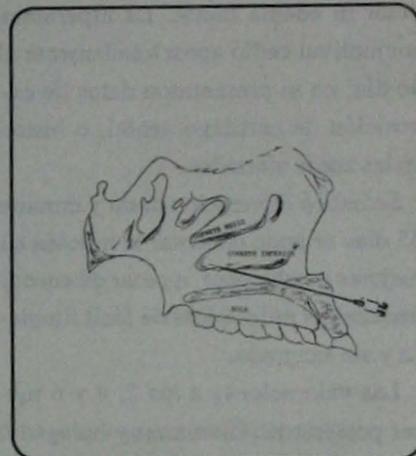


Fig. 3.- Fotografía en esquema craneal, que muestra la zona de donde está introducida la aguja, y donde se inicia la aplicación sub-mucosa en la hipertrofia del cornete inferior.

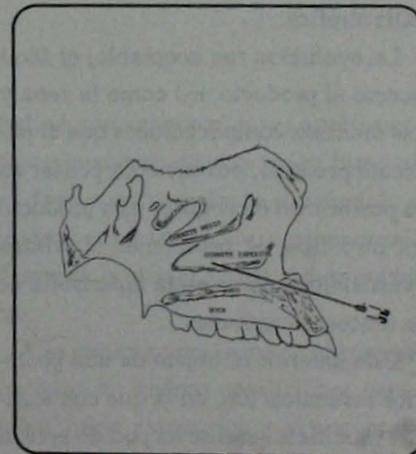


Fig. 4.- Segunda zona de aplicación del HIDROXIPOLIETOXI-DODECANO.

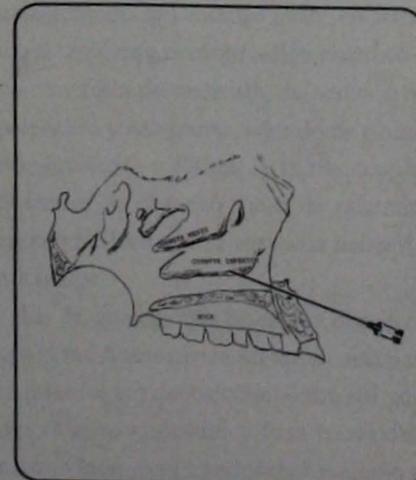


FIG. 5.- Tercera zona de aplicación del producto.



Fig. 1.- Jeringa de cristal con 1 ml de "HIDROPOLIETOXI-DODECANO", y aguja del No. 25.

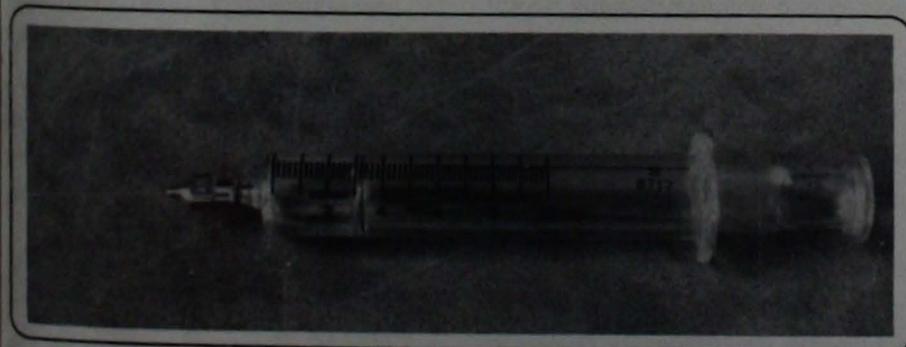


Fig. 2.- Jeringa de cristal y aguja No. 25, con 1 ml de la sustancia a inyectar + 2 ml de aire: (se deberá hacer espuma antes de la aplicación).

dolor ni edema facial. La hiperemia conjuntival cedió aproximadamente al 4o día; no se presentaron datos de exposición de cartilago septal, o hueso en las zonas afectadas.

Se indicó lubricación nasal y durante 15 días se pudo observar la mucosa en mejores condiciones, a pesar de encontrar costras milicéricas de fácil limpieza y sin sangrado.

Las valoraciones a los 2, 4 y 6 meses posteriores, fueron muy halagadoras, ya que no se volvió a presentar epistaxis y el enjambre vascular desapareció por completo, aunque la única secuela observada fue una discreta rinitis atrófica.

La evolución tan aceptable, el fácil acceso al producto, así como la zona y las mínimas complicaciones que el paciente presentó, nos hicieron pensar en la posibilidad de emplear este producto en otro tipo de problemas similares (vasculares), como en la hipertrofia de la mucosa de cornetes.

Esto anterior es objeto de una posterior comunicación, en la que con algunas modificaciones se ha podido aplicar la sustancia antes mencionada, en el consultorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Jackson, K.; Jackson, R.*: Factors Associated With active, refractory epistaxis. Arch. of Otolaringology, Head & Neck Surg. 1988: 862
- 2.- *Zohar*: Surgical managment of epistaxis, in hereditary hemorrhagic telangiectasia. Arch. of Otolaringology, Head & Neck Surg. 1987: 754
- 3.- *Dr. López Ramírez*. Comunicación personal.

Paranganglioma nasal (Reporte de 2 casos)

Dr. Mario Antonio BARRON SOTO *
Dra. Luz Arcelia CAMPOS NAVARRO **
Dr. Silvio JURADO HERNANDEZ **
Dr. Ramón AMAYO R. **

Resumen.- Este artículo reporta dos casos de parangangliomas en un sitio en donde su presentación es poco común. El glomus nasal tiene una sintomatología muy incierta, ya que puede cursar como un proceso infeccioso o llegarse a confundir con una neoplasia maligna. En este artículo se presenta una tabla con los casos encontrados en las publicaciones hasta la actualidad, mencionándose el sitio, sexo, edad, primer síntoma, tratamiento, evolución y autor que lo reportó, agregándose a esta lista nuestros pacientes.

Palabras Claves: Paranganglioma, nariz, paranganglioma nasal.

Summary.- This article reports two cases of nasal paranganglioma, a very rare site for the presentation of this tumor. A list with the cases reported in the literature including the age, sex, localization, initial symptoms, evolution and the name of the authors whom made the report are presented.

INTRODUCCION

El paranganglioma de cabeza y cuello se presenta comunmente ya sea como un tumor del cuerpo carotideo y/o como tumor yugulotimpánico pudiéndose presentar en otros sitios.

REPORTE DEL CASO 1.- Paciente femenina de 39 años de edad, sin antecedentes de importancia; originaria del D.F., a nivel socioeconómico bajo, con padecimiento de un año de evolución caracterizado por rinorrea hialina bilateral de predominio izquierdo y en ocasiones mucopurulenta estornudos en salva y epistaxis de repetición, que

cedían con taponamientos anteriores, posteriormente detecta masa tumoral en fosa nasal izquierda, llegándole a obstruir completamente, agregándosele descarga posterior fétida y desagradable.

A la exploración física se encuentra paciente en buenas condiciones generales, nariz asimétrica a expensas de aumento de volumen en pared lateral izquierda y con borramiento del surco nasogeniano del mismo lado; en fosa nasal izquierda neoformación obstructiva con zona de necrosis, dolorosa a la palpación y sangrante, además de rinorrea purulenta y fétida. A la rinoscopia posterior se observó masa de mismas características que se extendía hasta rinofaringe.

En la tomografía lineal, se observó opacidad homogénea en antro maxilar izquierdo, sin destrucción ósea, así como el seno etmoidal y fosa nasal del mismo lado, realizándosele resección a través de un abordaje sublabial amplia-

* Médico adscrito al Hospital General Centro Médico La Raza IMSS

** Médico residente de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico La Raza IMSS.

do sin complicaciones trans ni postoperatorias, dependiente de comete medio izquierdo, con sangrado aproximado de 350 cc, siendo su reporte histológico de paraganglioma nasal, cursando hasta la actualidad (7 meses) asintomática.

REPORTE DEL CASO 2.- Paciente masculino de 69 años de edad, sin antecedentes de importancia, para el padecimiento actual, originario de Guanajuato, hipertenso desde hace 3 años tratado medicamente.

Cuadro de evolución de 45 días caracterizado por epistaxis de repetición autocrontrolables, obstrucción nasal izquierda y pérdida de peso de aproximadamente 14 Kgs (Sin saber precisar en cuanto tiempo).

A la exploración física se encontró paciente en regulares condiciones generales, a la rinoscopia anterior se observó neoformación blanquecina, fibrosa que ocluía aproximadamente el 80% de la luz nasal, no pulsátil, resto sin alteraciones aparentes.

Las radiografías simples de senos paranasales presentaban opacidad de antro maxilar izquierdo, etmoides y fosa nasal exclusivamente, realizándose TC con masa que ocupaba mismas estructuras mencionadas, no osteolisis excepto pared lateral de nariz, reseándose por vía de sublabial ampliada, encontrándose lesión a expensas de comete medio que se extendía hasta antro maxilar y etmoides del mismo lado, con sangrado de 500 cc y con reporte histopatológico definitivo de glomus nasal, con evolución post-operatoria de 4 meses en forma satisfactoria.

El paraganglioma ha sufrido diferentes denominaciones llamándose tumor glómico, paragangliomas no cro-

mafín, apudomas, quemodectomas, y tumor de glomus yugular y/o timpánico.^{1,2}

El cuerpo carotídeo fue descrito por primera vez en 1743 por Von Haller y en 1878, Krause describió una estructura histológica igual en el canal del nervio de Jacobson; White en 1935 lo refirió en el vago y Guild en 1941, en la adventicia del domo de la yugular 1,3; Rosenwasser en 1945 realizó la primera resección de un paraganglioma de oído.⁴

La etiología de estos tumores es desconocida, como sucede con el resto de las neoplasias, considerándose este el tumor más frecuente de oído medio, junto con el carcinoma epidermoide, siendo histológicamente benigno, pero maligno por su comportamiento, afectando estructuras nobles.

Los grupos celulares paraganglionares que lo constituyen están íntimamente asociados con el sistema autónomo y acumulan catecolaminas en los gránulos de las células principales, cuyo origen embriológico es la cresta neural y no las paredes vasculares como se creía.^{1,3}

Algunos tumores glómicos son productores de aminas vasoactivas, reportándose la presencia de catecolaminas, serotonina e histamina, lo que explicara la sintomatología vasomotora en algunos pacientes y en otros cursando endocrinológicamente silenciosos.^{3,5}

Debe por lo tanto, hacerse semiología que pudiese provocar la producción de estas sustancias ya mencionadas y de ser necesario estudios específicos, sobre todo cuando se trata de grandes neoplasias que durante su resección pueden causar descargas e in-

cluso la muerte del paciente.

En la literatura se mencionan algunas clasificaciones de esta lesión, una de ellas es la de Glenner y Grimley.³ (Tabla 1)

CLASIFICACION DE PARAGANGLIOMAS EXTRA-ADRENALES

- I.- Branquioméricos
 - a.- Paraganglios yugulo-timpánicos (Glomus timpánico)
 - b.- Paraganglio orbitario
 - c.- Paraganglio intracarotídeo (Cuerpo carotídeo)
 - d.- Paraganglios subclavios (cuerpos aórticos)
 - e.- Paraganglios laríngeos
 - f.- Paraganglios aortopulmonares
 - g.- Paraganglios coronarios
 - h.- Paraganglios pulmonares
- II.- Paraganglios intra-vagales
- III.- Paraganglios aorto-simpáticos
- IV.- Paraganglios y viscerales autonómicos

Tabla 1

Se han descrito incidencias familiares y con origen multicéntrico. El 79% de los paragangliomas se presentan en mujeres con un relación mujer-hombre de 5:1, cuya edad promedio es de 40 años.^{2,4}

Los paragangliomas se han descrito casi en toda la economía relacionados con el sistema simpático y parasimpático, reportándose en órbita, nariz y senos paranasales, laringe, oído, nervio vago y glosofaríngeo, vagina, aortopulmonares del intestino delgado entre otros, siendo el más frecuente el del cuerpo carotídeo, yugular y timpánico respectivamente.^{2,3,6,7,8}

En la cabeza y cuello básicamente se presentan en tres formas principales:

tumor de oído medio y/o agujero rasgado posterior, como un tumor del espacio parafaríngeo o como un tumor cervical lateral.^{3,6}

El paraganglioma de la nariz y senos paranasales es extraordinariamente raro.³

DISCUSION

El interés de esta publicación es de presentar dos casos más de paragangliomas nasales, siendo ésta una patología rara ya que al revisar la literatura se han documentado sólo siete casos de origen primario^{7,8} los dos últimos situados en la tabla II, son el motivo de la presentación.

Donde podemos observar que el rango de edad varía de 8 a 69 años con una media de 49.11 años, predominando el sexo femenino en una relación de 3:1 y donde el síntoma primordial fue la epistaxis.

CONCLUSIONES

Es una patología rara predominante en mujeres de edad media (entre 4ta y 5ta década de la vida) en la que no existen síntomas patognomónicos, pudiendo simular las manifestaciones clínicas desde un proceso infeccioso a uno neoplásico como se observa en los casos de esta presentación, no existiendo un estudio de gabinete que nos pueda orientar al diagnóstico y es sólo mediante el estudio histológico donde se precisa el DX de paraganglioma.

TABLA II

S	E	SITIO	1er. SINT.	Tratamiento	EVOLUCION	REPORTO
F	89A	nariz ant. der	Epistaxis	Cirugía	Mejoría 2A	Moran 1962
F	50A	Fosa nasal derecha	Epistaxis	Cirugía	Mejoría 11A	Lack 1977
F	50A	Cornete medio der.	?	?	?	Lack 1977
M	8A	Cornete medio izq.	Masa Facial	Cirugía	Mejoría 8A	Lack 1977
F	50A	Etmoides derecho	Manif. endocrinológicas	Cirugía	Mejoría 6A	Apple 1982
F	31A	Cornete inf. derecho	Obstrucción Nasal	Cirugía	Mejoría 30M	Uech 1985
F	56A	Cornete med. izquierdo	Epistaxis	Cirugía Radioterapia	Mejoría 21A	Watson 1988
F	39A	Cornete med. izquierdo	Obstrucción Nasal	Cirugía	Mejoría 5M	Barrón 1989
M	69A	Cornete med. Etmoides y Maxilar izq.	Epistaxis	Cirugía	Mejoría 2M	Barrón 1989

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Glennner, Glimley*: Tumours of the extra adrenal paraganglion sistem (Includind chemo-receptores y Atlas of the tumours pathology. 2da series, part 9. Washington, D.C. A.F.V. 1974.
- 2.- *Lee, K.J.*: Bening tumours of the ear in essential otolaryngology third Edition. 1983: 635-638.
- 3.- *Sánchez Marle, J.F.*: Paraganglioma de la cabeza y cuello. Presentación de tres casos. Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología 1986. Vol. 31; 4: 118-122.
- 4.- *Rosenwasser, H.*: Familial History of Glomus Yugulare Toumours and multiples tumours, Arch Otolaryngol. 1968; 88: 45-46.
- 5.- *Glasscock, M. et al.*: Diagneses and Treatment of catecholamines secreting Glomus Tumours. Laryngoscope. 1984; 94: 1008-1014.
- 6.- *Brown, J.S. et al*: *Glomus Yugulare Tumours*. Revisited a ten years statistical folow up of 231 cases. Laryngoscope 1985; 95: 284-8.
- 7.- *Watson, D.J.*: Nasal Paraganglion. Journal Laryngology and Otology 1988; 102 (6): 526-529.
- 8.- *Moran, T.E.*: Non-chromafin in paraganglion. The nasal cavity. Laryngoscope 1962; 72:201-206

Carcinoma adenoideo quístico de glándulas salivales menores

Reporte de un caso

Dr. Jorge E. CRUZ PONCE*

Dr. Abelardo SANCHEZ ALEMAN**

Resumen.- Se reporta el caso de una paciente femenina de 49 años con carcinoma adenoideo quístico de glándulas salivales menores en piso de boca, el cual se diagnosticó con biopsia por punción. Se realizó excisión de tumor de piso de boca y de glándula submaxilar izquierda con disección radical de cuello supraomohiodes ipsilateral y con radioterapia post-operatoria.

Palabras Claves.- Carcinoma adenoideo quístico, glándulas salivales menores, biopsia por punción, oncología.

Summary.- This is a case report of a 49 years old female with an adenocystic carcinoma of the minor salivary gland in floor of the mouth. Diagnosis was done with aspiration biopsy. Tumor and left submaxillary gland excision with ipsilateral supraomohyoid neck dissection was performed.

INTRODUCCION

El carcinoma adenoideo quístico es el tumor maligno más común de las glándulas salivales menores; existen entre 600-1000 de ellas y son particularmente abundantes en la boca, labio, lengua y paladar. En esta última área, es donde se presenta el 50% de estos tumores, el segundo lugar en frecuencia es la nariz y SPN¹. También pueden aparecer en laringe, donde es muy raro tomando la forma de masas submucosas en las regiones supra y subglótica²

No hay preferencia por sexo y ocu-

rren entre la cuarta y quinta décadas de la vida.³

En cuanto a la histogénesis del carcinoma adenoideo quístico, Hubner sugiere que se origina de células mioepiteliales.⁴ Hay tres patrones de crecimiento histológico: sólido, cribiforme y tabular. Los de crecimiento tubular presentan el mejor pronóstico y el peor de los crecimientos sólido.⁵

El tumor se puede propagar por vía hematógena dando metástasis a hígado, pulmón, encéfalo y huesos, por vía linfática a los nódulos linfáticos cervicales y por contiguidad siguiendo las vainas nerviosas.⁶ Por esta última ruta se pueden extender largas distancias, en una serie de Perzini, un 59% de los tumores de este tipo tuvieron invasión perineural, lo cual influye en el pronóstico.¹

Se sospecha el diagnóstico por la historia clínica, y se confirma por biopsia por punción con aguja fina, siempre y cuando se cuente con un citólogo

*Jefe del servicio de Otorrinolaringología Facultad de Medicina y Hospital Universitario de la U.A.N.L.

**Médico Residente del 3er Año del Servicio de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario de la U.A.N.L.

con experiencia en este campo. Sismónis reporta un 82.2% de concurrencia entre el diagnóstico citológico y el subsecuente diagnóstico histológico.¹

El tratamiento es quirúrgico, con amplios márgenes, realizándose disección radical clásica o selectiva de cuello, dependiendo del estadio de la enfermedad. Se emplea radioterapia postoperatoria, cuando los bordes quirúrgicos fueron inadecuados y en la enfermedad recurrente. En algunos casos se ha visto que la radioterapia combinada con cirugía no es curativa, pero aumenta las tasas de sobrevida. También puede administrar en aquellos casos considerados como inoperables.^{5,8}

Por su comportamiento biológico, se puede presentar recurrencias locales hasta 10 a 15 años después del tratamiento inicial, así como metástasis, las cuales ocurren de una manera impredecible.⁷

Los factores que influyen sobre el pronóstico son el tamaño de la lesión y su extensión a estructuras adyacentes y/o hueso, metástasis a nódulos linfáticos y la presencia de tumor en las líneas de resección quirúrgica.⁴

REPORTE DEL CASO.- Paciente femenina de 49 años de edad, 8 meses de evolución, al notar una tumoración en piso de boca izquierdo, la cual fue aumentando de volumen paulatinamente.

La exploración física demostró una tumoración de 5 cm de diámetro en piso de boca izquierdo, en el tercio medio, firme, móvil, bien delimitada, lisa, dolorosa, cubierta con mucosa de aspecto normal.

Se practicó biopsia por punción con aguja fina, siendo esta compatible con el diagnóstico de carcinoma adenoideo

quístico de glándulas salivales menores.

Se realizó excisión de la tumoración de piso de boca izquierdo, de glándula submaxilar y disección radical supraomohioidea ipsilateral, reportándose carcinoma adenoideo quístico sólido, con bordes libres de tumor pero con metástasis a dos de 12 ganglios regionales. (ver figura 1 y 2)

Se administró radioterapia postoperatoria al sitio primario y el primer relevo ganglionar, para completar una dosis de 5000 Rads.

La paciente ha tenido un seguimiento de un año y medio, y está libre de enfermedad local, sin evidencia de metástasis.

COMENTARIO

De los pacientes con tumores malignos en glándulas salivales menores el 70% se presentan con una tumoración solamente, el 18% se presenta con dolor y éstos casi siempre son carcinomas adenoideo quístico. El fallecimiento del paciente ocurre frecuentemente por recurrencia local incontrolable.³

La biopsia por punción con aguja fina fue desarrollado en Escandinavia en la década de los cincuentas, es un método directo y económico para el diagnóstico de neoplasias en glándulas salivales.

El tumor adenoideo quístico es el tumor maligno más frecuentes de glán-



Fig.- 1 Vista posterior del espécimen. Hacia la derecha se aprecia la tumoración, redondeada y bien delimitada. Hacia la izquierda se aprecia conducto de Warthon. Glándula Submaxilar y la disección Supraomohioidea de cuello.



Fig.- 2 La tumoración a mayor aumento.

dulas salivales menores. En general se acepta que las neoplasias de glándulas salivales menores son 80% malignas, en submaxilar 50% y en parótida 20%.³

Es un tumor muy agresivo, por lo que el tratamiento quirúrgico, también debe de ser agresivo, ya que la cirugía es la mejor terapéutica para este tumor. En algunos casos se ha visto que la radioterapia combinada con cirugía, no es curativa, pero aumenta las tasas de supervivencia. Las tasas de curación a 5, 10, 15 y 20 años son de 31, 18, 10 y 7% respectivamente.¹

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Thawley S. Panje W.*: Comprehensive Management of head and Neck. Tumors. W. B. Saunders Company, 1987 : 1054, 1074 - 75.
- 2.- *Cohen J., Guillamondegui O., Batsakis J., Medina J.*: Cancer of the minor Salivary glands of the larynx. *Am. J. Surg.* 1985; 150: 513-8.
- 3.- *English Otolaryngology.* Harper and Row, Publishers. 1978: 5, 31:12.
- 4.- *Chaudhry A., Leifer C, Cutler L, y Cols.*: Histogenesis of adenoid cystic carcinoma of the Salivary gland, Light and Elecnmicroscopic study. *Cancer* 1986; 58: 72-82.
- 5.- *Nascimento A., Amaral A., Prado L., y Cols.*: Adenoid Cystic carcinoma of Salivary gland, A. study of 61 cases with clinicopathologic correlation. *Cancer*, 1986: 57: 312-9.
- 6.- *Paparella M., Shumrick D.*: Otorrinolaringología. Ed. Panamericana, 1982: 3: 2231
- 7.- *Matsuba H., Spector G., Thawley S. y Cols.*: Adenoid Cystic Salivary Gland Carcinoma. A. Histopathologic Review of treatment failure patterns. *Cancer*. 1986; 57: 519-24.
- 8.- *Eapen L, Gerig L, Catton G.E. Danjous C.E, Girard A.*: Impact of Local radiation in the management of salivary gland carcinomas. *Head and Neck Sugery*, 1988: 10: 239-45.

Policondritis recidivante. Reporte de un caso y revisión de la literatura.

Dr. Julio César A. MENA AYALA*
Dr. Jaime FANDIÑO IZUNDEGUI*
Dr. Rafael NAVARRO MENESES**

Resumen.- Se presenta un caso de policondritis recidivante en un paciente femenino de 27 años, que se manifestó como escleritis en ojo derecho, lisis de cartílagos traqueales, condritis auricular y artralgias en miembros superiores. Se analiza el cuadro clínico, los estudios de laboratorio y tomografía computada de este paciente, haciendo una relación de lo que se conoce de este padecimiento hasta el momento en la literatura mundial.

Palabras Clave: Policondritis recidivante.

Summary.- A twenty years old female with the diagnosis of relapsing polycondritis, with a discussion of the clinical, radiological, and laboratory findings and a bibliographical research is reported.

INTRODUCCION

La policondritis recidivante es una enfermedad poco común, de origen inmunológico caracterizada por ataques recurrentes de inflamación y destrucción cartilaginosa, que afecta especialmente al cartílago de la nariz, los oídos y el árbol respiratorio. Fue descrita por primera vez por Jaksck y Wartenhorst en 1923. Hasta la fecha en la literatura sajona se han descrito 300 casos.¹

El diagnóstico se basa casi exclusivamente en los hallazgos clínicos, ya que no existe ningún método de laboratorio o gabinete que de el diagnóstico de certeza.^{1,2,3,4}

En la literatura mundial existen varias series de pacientes estudiados, la más grande corresponde al Dr. Michet en 1986 en la Clínica Mayo con 112 pacientes registrados.¹ En todas ellas se ha llegado a la conclusión que los datos clínicos son el mejor parámetro para el diagnóstico.^{1,2,3,4,15} (Cuadro 1).

La policondritis recidivante no tiene predilección de sexo y es más frecuente en individuos de raza blanca, presentándose entre los 40-50 años (Reportes entre 13 y los 84 años).^{1,3}

Su presentación inicial es incidiosa, manifestándose como condritis auricular aguda, bilateral en un 39%, artritis periférica en un 36% de pacientes. La evolución del padecimiento provoca que otros sitios, como la nariz y los cartílagos traqueales, sufran los mismos ataques de condritis en un 24 y 26% respectivamente.¹

Los primeros ataques se manifiestan sólo como tumefacción y enrojecimiento en la superficie de la piel con-

* Médico Residente. H.R. 20 de Noviembre. ORL

** Médico Adscrito al servicio de ORL. H.R. 20 de Noviembre ISSSTE

FIG. 1

Manifestaciones de la policondritis recidivante y porcentajes de diagnóstico

Manifestaciones Clínicas	Porcentaje de afectados	
	*	*
Condritis auricular	39%	26%
Hipoacusia	9%	
Vértigo	4%	
Condritis nasal	24%	13%
Nariz en la silla de montar	18%	
Síntomas laringotraqueales	26%	14%
Estenosis laríngea	15%	
Síntomas oculares	19%	
Artritis	36%	23%
Fiebre	20%	
Manifestaciones óseas	7%	
Velocidades sedimentación globular aumentada	74%	
Anemia	50%	
Valores creatinina en suero elevados	7%	
Microhematuria	15%	
Proteinuria	8%	

* Tomado de MICHET C.J. Relapsing Polychondritis. Survival an predictive role of disease manifestations. *Annals of Internal Medicine*. 1986 104; 74-78.

* Tomando de McADAM L.P. O'HONLON M.D. Relapsing Polychondritis. Prospective Study of 23 patients and review of the literature. *Medicine* 55. 193-215. 1976.

forme se acentua el daño, aparecerá: nariz en silla montar, estenosis traqueal, hipoacusia sensorial, acúfenos, vértigo, e incluso deformidad en extremidades.^{3,5}

Una manifestación extracartilaginosa importante es la escleritis, epiescleritis o escleromalacia en un 19% de los pacientes¹¹ por lo infrecuente del padecimiento casi siempre los tratamientos iniciales son con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y medidas locales.

La mayoría de los pacientes se diagnostican cuando tiene patología ocular importante: disminución de la agudeza visual, fotofobia, lagrimeo, conjuntivas hiperémicas y dolor retroocular; o

bien presentan cuadros de insuficiencia respiratoria aguda con patología bacteriana agregada. La gran mayoría de estos padecientes requerirán traqueostomía (casi siempre como maniobra de urgencia).

Mitchet menciona " otros pacientes sólo presentan la condritis auricular, obstrucción nasal y artritis; o fiebre de etiología a determinar; como primeras manifestaciones "

El único dato de laboratorio que aparece en forma constante es el incremento de la velocidad de sedimentación globular en un 74% y en el 57% de los pacientes presentan diferentes grados de anemia.¹ Algunos autores mencionan que se puede detectar aumento en la

concentración de mucopolisacáridos en orina.⁶

Aunque se han realizado estudios específicos y se piensa en un fondo inmunológico, sólo algunos autores mencionan anticuerpos específicos como los del tipo II de la colágena con lo que se trata de remarcar su etiología autoinmune.^{7,8}

Histológicamente la biopsia de diferentes cartílagos muestra baja celularidad de condrocitos, decremento en la tinción basófila de los cortes y un denso infiltrado inflamatorio leucocitario y tejido de cicatrización.⁸

Las enfermedades reumatológicas e inmunológicas que más comúnmente se han asociado a este padecimiento son: vasculitis sistémica (9.8%), y la artritis reumatoide (7.1%).^{1,10}

El tratamiento básico es por corticoterapia, agregando según el caso sintomáticos locales y en ese caso de pobre respuesta quimioterápicos.

El pronóstico varía según la etapa en que se diagnostique la patología, desafortunadamente el índice de vida es muy pobre 70% a los 5 años y 48% a los 10 años. Las causas más frecuentes están asociadas a infecciones de las vías respiratorias como neumonías, bacteremias, o secuelas cardiovasculares tardías, como aneurismas disecantes de la aorta, émbolos pulmonares y arteroesclerosis obliterativa con gangrena.

PRESENTACION DEL CASO:

Femenina de 28 años originaria y residente de Chilpancingo, Guerrero. Inicia su padecimiento hace 6 años con disnea y fatiga progresiva, sensación de cuerpo extraño ojo derecho, lagrimeo,

y dolor todo de evolución lenta. Cuatro años después insuficiencia respiratoria aguda, estridor, por lo que se realiza traqueostomía de urgencia, un mes después, se exacerba patología ocular, lagrimeo, dolor ocular, disminución agudeza visual, con cefalea frontoparietal, por lo que es enviada a esta unidad con diagnóstico de agenesia de anillos traqueales y probable tumoración de sistema nervioso central.

A su ingreso presenta disfonía, tos hemóptica, odinodifagia, toraxalgias esternocostales, dolor pabellones auriculares, hiperemia conjuntival, lagrimeo, disminución agudeza visual, sensación de cuerpo extraño, artralgias de miembros superiores y mialgias ocasionales. Es valorada por Oftalmología, Neurocirugía, Oncología, Otorrinolaringología y Reumatología.

A la exploración física presenta: en ojo derecho hiperemia tarsal y bulbar, congestión bulbar con invasión a sector corneal, deformidad en su convexidad por levantamiento en su sector temporal, sinequias posteriores y palpeledema 4 dioptrías. Oídos: pabellones asimétricos, no deformidades aparentes, conducto auditivo externo permeables, membranas timpánicas íntegras, hipomóviles, valsalva negativa, Nariz: piramide sin deformidades, mucosa pálida, violácea, desviación septal, área II-IV baja tipo cresta a expensas de premaxila izquierda, no obstructiva. Orofaringe: normocrómica, úlceras orales dolorosas, laringoscopia indirecta, buen cierre glótico, cuerdas vocales normocrómicas, cierre adecuado, se aprecia estenosis subglótica. Cuello:

sin adenomegalias palpables, estoma de traqueostomía permeable con cánula de Jackson 8; resto de exploración sin patología evidente.

Se solicitaron estudios de laboratorio de rutina encontrando, Biometría hemática, Química sanguínea, PCR, Latex, Antiestreptolisinas, examen general de orina; dentro de límites normales. IgA, IgG, IgM, C1, C3, C4 dentro de límites normales. Complemento hemolítico (CH50)=238 U. Cultivos traqueostomía: Estafilococo dorado.

Neurocirugía descarta tumoración de sistema nervioso central, tomografía computada de cráneo normal. Ginecología: quiste folicular ovario derecho (Ultrasonografía). Oftalmología: diagnóstico probable de tumoración ojo derecho, descartado por tomografía computada, diagnóstico escleritis. (FOTO 1).

Reumatología sugiere biopsia de cartilago auricular y diagnósticos probables de Behcet (úlceras orales, genitales, artritis y condritis) y/o síndrome de Magic (Síndrome de Behcet más policondritis recidivante), y policondritis recidivante.

Otorrinolaringología sugiere biopsia de cartilago auricular, tomografía computada de laringe. La tomografía muestra estenosis subglótica, lisis cartilaginosa, anillos traqueales, estoma permeable (FOTOS 2,3,4,5), resultando de la biopsia no concluyente, probablemente por corticoterapia iniciada previamente. Audiometría tonal dentro de los límites normales.

Neumología, broncoscopia: estenosis subglótica sin compromiso pulmonar.

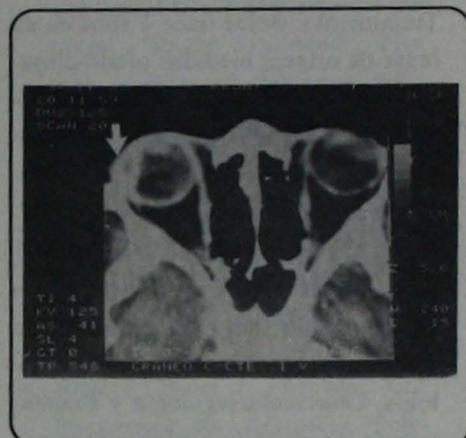


Foto 1.- Escleritis o episcleritis. Se demuestra en la Tomografía computada, el proceso inflamatorio en ojo derecho. (Flecha).

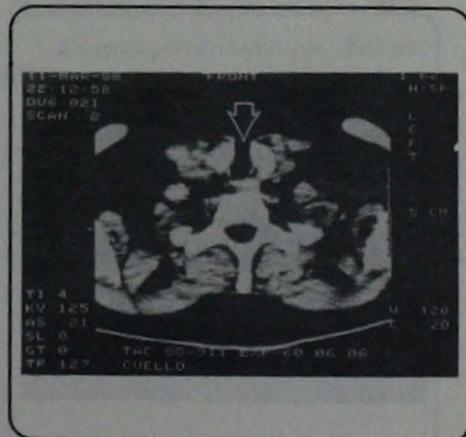


Foto 2.- Tomografía de Cuello; La flecha marca la Tráquea y el estoma de traqueostomía permeable.

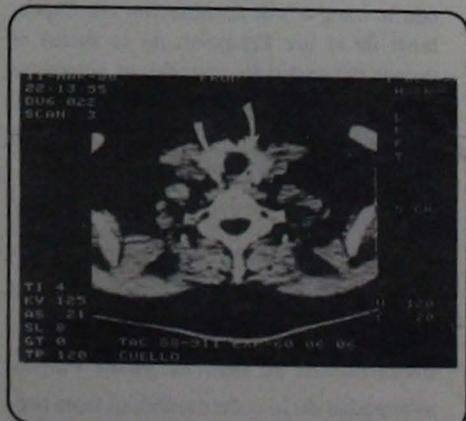


Foto 3.- Nótese (Flechas) la lisis cartilaginosa de los anillos traqueales

Tratamiento: desde hace 4 años en su lugar de origen, medidas oftalmológicas locales con antibióticos y esteroides. Hace un año y medio antibioterapia por foco séptico y posteriormente prednisona oral. Evolución incidiosa, tórpida por lo que se decide dar pulso intravenoso de metilprednisolona. Remisión temporal actualmente con tratamiento de sostén por Oftalmología, Otorrinolaringología y Reumatología, secundario a tratamiento con esteroides se presentan características de enfermedad de Cushing.

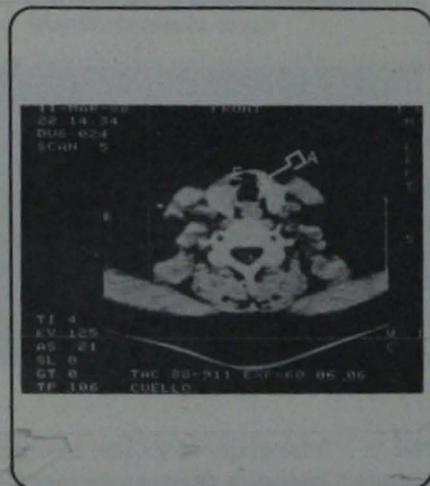


Foto 4.- Corte más bajo donde se muestra con la letra E) la disminución tan importante de la luz Traqueal. A) se marca el grosor del cartílago traqueal en comparación con otros cortes.

COMENTARIO

La policondritis recidivante es una enfermedad inmunológica poco frecuente por lo que su diagnóstico y manejo habitualmente se realiza hasta etapas avanzadas de la enfermedad, el caso presentado tiene manifestaciones floridas de policondritis recidivante: condritis auricular y traqueal, escleritis y artralgias. A pesar del tiempo de evolución

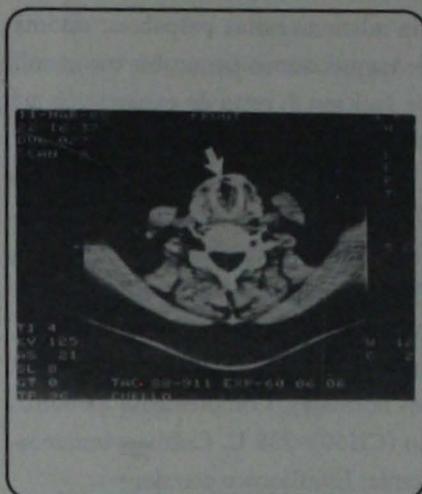


Foto 5.- La tomografía computada de cuello cortando la imagen de la tráquea donde se muestra con una flecha el grosor normal del cartílago traqueal y la reacción inflamatoria de la mucosa respiratoria. (área del corte 4 anillos traqueal).

no presenta manifestaciones vasculares importantes.

Al no encontrarse patología a otro nivel como órganos genitales se descartaron los diagnósticos de síndrome de Behcet o síndrome de Magic.¹²

En la bibliografía mundial se menciona al diagnóstico de esta patología es básicamente clínico y los estudios de laboratorio no muestran cambios significativos, como en el caso que nos ocupa, sólo llama la atención el aumento en el complemento hemolítico (CH50)=238 U (valores normales 75 a 160 U), aunque como dato aislado no traduce significado para esta patología, sólo se reporta significancia en otros padecimientos inmunológicos como la artritis reumatoidea en la que habla de actividad inmunológica.^{8,13} El estafilococo dorado encontrado en los cultivos de la secreción traqueal únicamente fue un germen oportunista como los que se asocian a estas patologías.

La biopsia desafortunadamente no fue

concluyente, probablemente porque se tomó al segundo mes de iniciada la corticoterapia y los pabellones auriculares no mostraban gran afección en ese momento.

Los estudios radiológicos son definitivos para demostrar el grado de lesión en los anillos traqueales, como en el globo acular derecho, y son un buen parámetro para el pronóstico de la enfermedad.

La evolución del cuadro ha sido torpida e incidiosa, sobre todo para la patología ocular, la cual a pesar de los tratamientos sistémicos y tópicos no ha involucionado satisfactoriamente, requiriendo hasta un injerto dérmico a la conjuntiva del ojo derecho para aminorar el proceso y evitar el estallamiento del globo ocular.

Desafortunadamente las concentraciones de prednisona han desencadenado manifestaciones de enfermedad de Cushing. El pronóstico para este caso, así como los reportados en la literatura es malo a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Michet, C.J.; Mc Kenna, C.H.: Relapsing Polycondritis: Survival and predictive role of early Disease manifestation. *Annals of Internal Medicine*. 1986; 104: 74-78.
- 2.- West, P.B.D.: Relapsing Polycondritis. An Unusual Presentation. *The Journal of Laryngology and Otolaryngology*. 1988; 102: 254-255
- 3.- Fechner, R.E.: Relapsing Polycondritis. Resident's page. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery*.

1986:112: 674-77

4.- *Dibildox, J.; Moncada, B.*: Policondritis recurrente, presentación de nueve casos. Trabajo presentado XXXVIII Congreso SMORLCCC. Acapulco Gro. México 1º al 5 de Mayo 1988.

5.- *Mendelson, D.S.; Som, P.M.*: Relapsing Polychondritis Studied by computed tomography. Radiology. 1985:157: 489-90

6.- *Lee, K.J.*: Essential Otolaryngology. Ed. Medical examination Publishing CO 1983: 1023,1061

7.- *Sane, D.C.; Vidaillet, H.J.*: Saddle nose, red ears, and fatal airwayscollapse Chest. 1987: 91: 268-70

8.- *Fundenberg, H.H.; Stites, D.*: Inmunología Clínica. Ed. Manual Moderno. México 1980: 70-83, 473-505

9.- *Casselman, J.W.; Lemahieu, S.F.*: Polychondritis affecting the laryngeal cartilages. CT Findings. Am J. Rheumatol. 1988: 150: 355-56

10.- *Fransen, M.J.; Boerbooms, A.M.*: Polychondritis and Rheumatoid arthritis. Case report and review of the literature. Clin Rheumatol. 1987: 453-7.

11.- *Isaak, B.L.; Liesangan, T.J.*: Michet C.J. Ocular and systemic finding in relapsing Polychondritis. Ophthalmology 1986: 681-9

12.- *Firestein, G.S.; Graber, H.E.*: Mouth

and genital Ulcers with inflamed cartilage. "Magic Syndrome". Five with features of Relapsing Polychondritis and Behcet's Disease. Am J. Med. 1985: 79: 65-72

13.- *Krup, M.A.; Chatton.*: Diagnóstico clínico y tratamiento. Ed. Manual moderno. 1985: 1105-26

14.- *Brod, S.; Booss, J.*: Idiopathic. CSF Pleocytosis un Relapsing Polychondritis Neurology 1988: 38: 322-3.

15.- *McAdam, L.P. O.; Handon, M.A.*: Relapsing Polychondritis. Prospective Study of 23 patients and review of the Literature. Medicine. 1976: 55: 193-215

Tiroides lingual (Reporte de un caso)

Dr. Mario Antonio BARRON SOTO *
Dra. Luz Arcelia CAMPOS NAVARRO **
Dr. Reyes AMATON TABARES **
Dr. Rogelio RODRIGUEZ HERNANDEZ *

Resumen.- El tiroides lingual es una patología rara que se presenta más comúnmente en pacientes femeninos, su curso clínico es asintomático hasta que por cambios endocrinológicos (ejemplo embarazo) acuden con sintomatología al médico.

Se presenta un caso clínico en paciente femenina de 20 años, que cursó asintomática hasta su embarazo, requiriendo para su tratamiento la resección quirúrgica.

Se propone en este artículo un abordaje translingual como una vía más para su extirpación.

Palabras clave: Tiroides, lengua, tiroides lingual.

Summary.- A case of a 20 years old female with a lingual thyroid, and a research on the literature, as well as a translingual surgical approach for the treatment of this pathology are discussed.

INTRODUCCION

Dentro de las anomalías que se presentan en la base de la lengua, podemos encontrar el tiroides lingual. El tiroides ha sido visto en forma ectópica desde el agujero ciego hasta el diafragma, estando sujeto a los mismos cambios que el tiroides en situación normal; puede ser el único tejido funcional del paciente, se confunde con algunas neoplasias.

REPORTE DE UN CASO

Paciente femenina de 20 años de edad, originaria del D.F. sin antecedentes de

importancia.

Inicia su padecimiento hace 2 años, cursando embarazo, con sensación de cuerpo extraño en orofaringe que dificultaba inicialmente la deglución para sólidos, después a líquidos, notando posteriormente presencia de neoformación en base de la lengua que aumentaba de volumen paulatinamente así como sangrado en 2 ocasiones.

Posteriormente, notó cambios de la voz y sensación de "asfixia" durante la noche por lo que acude a nuestro servicio.

A su ingreso se precia voz nasal, respiración oral y neoformación redondeada en la línea media de la base de la lengua, central, sesil, rojiza, no dolorosa, de superficie lisa de 3 x 3 cm, no lográndose palpar tiroides en situación habitual.

En mayo de 1987, se practicó perfil tiroideo, con resultados normales; (T3: 139mgs%, T4: 7,2 Mgs% la gammagrafía no encontró el tiroides en su si-

* Médico adscrito Hospital, General Centro Médico " La Raza " IMSS.

** Médico residente Otorrinolaringología Hospital General Centro Médico La Raza IMSS.

normal, localizándose por abajo de la lengua en la línea media, esférica. Se decide tratamiento hormonal (T3, T4) para disminuir el tamaño tumoral, evolucionando en forma satisfactoria hacia la mejoría; en enero de 1988, es enviada la paciente en consulta externa encontrándose con aumento de la sintomatología obstructiva, así como aumento de la masa lingual requiriendo estudio de tomografía computarizada, la cual reporta degeneración quística de la lesión decidiéndose practicar excisión quirúrgica del tejido tiroideo con estudio transoperatorio.

El estudio histológico de la lesión reportó tejido tiroideo con cambios adenomatosos moderados. Se inició tratamiento substitutivo con T3, T4 habiéndose controlado de perfil tiroideo posteriores a la resección, los cuales son normales, actualmente está asintomática.

El tiroides lingual es un tejido encontrado en línea media de la base de la lengua entre las papilas circunvaladas y la epiglotis, la cual resulta de un desarrollo anómalo embriológico.^{1,2}

De acuerdo con las publicaciones se estima una incidencia de un caso por 1,500 a 4000 pacientes con problemas tiroideos^{1,3} predominando en el sexo femenino 75-89% en una relación 5:1 (1-16) de éstos, el 70% como benigno, los restantes con tejido pre-tumoral normal.

El primer caso reportado fue por Hickman en 1869,^{2,4} y en 1910 se reportan casos con cambios de malignidad con Gunn y Rutgers.^{5,6}

No es posible establecer una frecuencia real, ya que en muchas ocasiones es asintomático. Las manifestaciones clínicas suelen ser en la adolescencia o

durante el embarazo debido a la gran demanda metabólica, pudiendo proveer un estímulo para el crecimiento de la lesión.⁷

La sintomatología varía de acuerdo a la localización de la lesión. La mayoría de los tiroides linguales cursan asintomáticos y las manifestaciones son proporcionales al tamaño y funcionalidad de la misma, pudiendo éstos presentarse en cualquier etapa de la vida.⁴

En las manifestaciones locales predomina la disfagia, provocando en ocasiones hasta inanición; seguido de disfonía, ortopnea y finalmente sensación de cuerpo extraño en orofaringe, hemorragia, dolor y otalgia referida.^{2,8}

Las alteraciones sistémicas varían de acuerdo a la función tiroidea, pudiendo cursar en la mayoría de los pacientes eutiroideos y seguidos de hipotiroidismo e hipertiroidismo.^{8,9}

El diagnóstico clínico debe sospecharse en presencia de inflamación en tercio medio y posterior de la lengua, o como un hallazgo en la exploración de rutina.

El aspecto usual de la lesión es una masa lisa en forma de cúpula, de superficie regular y no dolorosa, rojiza o rosada, tamaño variable, firme, blanda, que puede ulcerarse y que por lo general está cubierta por una mucosa delgada.

El protocolo de estudio debe incluir radiografías simples para delimitar la lesión; el ultrasonido es un auxiliar en el diagnóstico de lesiones quísticas y a través de la tomografía computada podemos observar masa de gran densidad, diferentes a los tejidos blandos del cuello.¹

Debe realizarse siempre perfil y exámenes tiroideos, con radioisótopos co-

mo son iodo radioactivo 131-123 o tecnecio 99, auxiliares de gran valor en el diagnóstico considerándose la mejor prueba clínica positiva.^{1,9,10,17}

La biopsia debe realizarse sólo bajo sospecha de malignización de la lesión. Esta glándula ectópica, al igual que el tiroides de localización habitual está sujeta a cambios degenerativos de malignización cuya principal variante histológica reportada es de adenocarcinoma papilar.^{1,9,17}

El manejo de estos pacientes dependerá de la presencia o ausencia de sintomatología, tamaño de la lesión, localización y funcionalidad de la glándula, haciéndose evaluaciones individuales.

En un paciente eutiroideo que no presenta problemas funcionales puede tratarse en forma conservadora y si interfiere en la función faríngea se podrá manejar medicamente o en forma quirúrgica.

El tratamiento médico a base de supresión hormonal con T3, T4 con ello disminuiríamos el tamaño de la lesión, si esto falla puede utilizarse iodo radioactivo 131 con efectos colaterales sobre tejidos circunvecinos y/o provocar hipotiroidismo. Se reserva para aquellos casos de hemorragia, degeneración quística o sospechosa de malignización y en falla de tratamiento médico hormonal siendo a través de diversas técnicas.

COMENTARIO

El presente caso ejemplifica lo publicado por otros autores en que un paciente con tiroides lingual puede cursar asintomática hasta que por una mayor actividad metabólica y hormonal (embarazo) presentó alteraciones, fue trata-



Foto 1.- Se observa la neoformación en la base de la lengua.

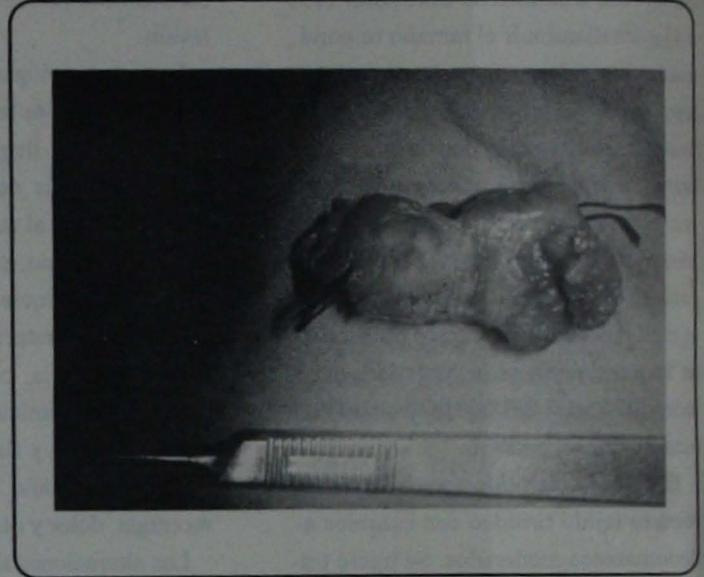


Foto 3.- La pieza operatoria.



Foto 2.- Se observa el Tiroides Lingual abordado por la incisión Translingual.

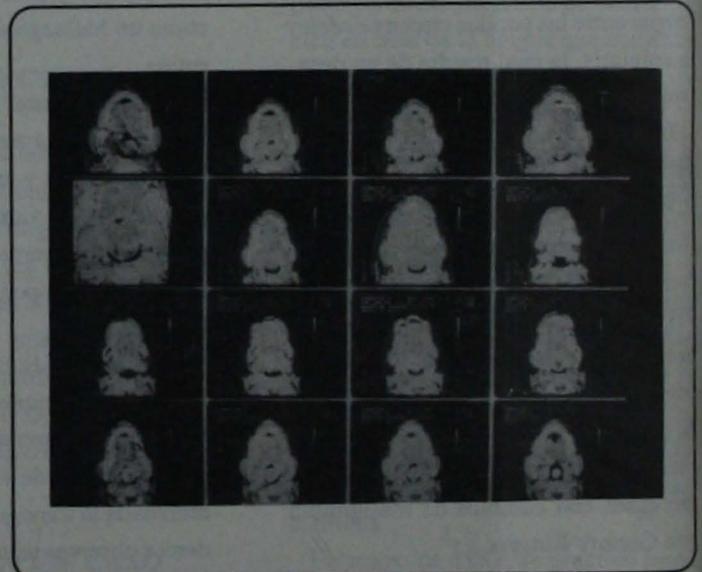


Foto 4.- Estudio tomográfico de la lesión.

da durante 9 meses medicamente con buena respuesta y sólo por una lesión quística requirió tratamiento quirúrgico

Para ésto último, nosotros sugerimos como vía de abordaje la línea media lingual, la cual permite un acceso adecuado y sin secuelas funcionales ni estéticas posteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Jones, J.A.: Lingual Thyroid. British Journal of oral and maxillofacial Surgery 1986: 58-67.
- 2.- Flores, F. and Cols.: Lingual Thyroid: a report of two cases. Its diagnosis and treatment. Revista de Investigación Clínica. 1980: 32: 213-218.
- 3.- Schilling, J.A., Karr, J.W., Hursh, J.B.: The treatment of a lingual thyroid with radioactive iodine. Surgery; 1950: 27: 130
- 4.- Gallo, Ellis.: Management of a large lingual thyroid in the orthognatic surgery patient. Oral surgery. Oral Med. Oral Pathol. 1985: 344-348
- 5.- Sidney, Werner.: El tiroides, Conocimientos Básicos y clínicos. Editorial Salvat. 1977: 231-236
- 6.- Batsakis, J.: Tumours of the head and Neck. Clinical and pathology considerations. 2da edition 1979: 235-237
- 7.- Thomas.: Patología Oral. D Salvat Editores S.A. 1983 Buenos Aires

508-9

- 8.- Malacara, Viveros.: Fundamentos de endocrinología médica clínica La Prensa Médica Mexicana. 2da edición 1987: 50-71

Moses Naussbaum, MD and Cols.: Anaplastic Carcinoma arising from median ectopic thyroid (Thyroglossal duct remnant). Cancer 1. 1981 Dec: 15: 2724-2728.

Miller, J.: Lingual Thyroid gland: sonographic appearance. Radiology 1985: 83-84

Ijaduola, G.T.: Lingual and normally located thyroids glands in nigerian children. The Journal of Laryngol and Otology 1982 fe: 177-180

Elidan. and Cols.: Lingual thyroid, sensorineural hearing loss and mental retardation: a coincidental association. The Journal Laryngology and Otology. 1983: June: 538-642

Soni, Chaterji.: An unusual tumors mistaken as a lingual thyroid. The Journal Laryngology and Otology. 1984: Oct: 1055-1056

Reede, D. and Cols.: CT of thyroglossal cysts. Head and Neck radiology. Radiology 1985: 121-125

Lucas, B.: Pathology of tumours of the oral tissues. 3ra. edition Editorial Churchill-Livingstone 1979: 455-447

Morrison, Coates, Shenck.: Lingual Thyroid. Otolaryngology. 1 1965: IV: 506-507

Jain, S.N.: Lingual Thyroid Int. Surgery 1969: 52: 320

Notas e Informaciones

SOCIEDAD DE AUDIOLOGIA

La Sociedad Mexicana de Audiología y Foniatría nos invita a asistir al intercambio científico-social que se celebrará en la ciudad de Mc Allen, Texas, los días 1, 2 y 3 de marzo de 1990. Durante dicho encuentro académico se abordarán temas de gran interés para las personas dedicadas a la valoración, diagnóstico y atención a pacientes con alteraciones en su comunicación por trastornos audiológicos y/o foniátricos. Para mayores informes con la Dra. Silvia Trejo en Lieja 7 2º piso, Col. Juárez, México, D.F. Tel 553-70-41 o con la Dra. Leticia Tijerina de Sánchez en 100V. Whitewing, Mc Allen, Texas 78501 Tel. 95 (512) 630-34-53.

TURQUIA

Recibimos información sobre el XX Congreso Nacional de ORL de Turquía, a celebrarse del 9 al 13 de octubre de 1989 en el Club Acapulco, de Kyrenia-Cyprus en Turquía. Correspondencia a Prof. Dr. Nurettin S*zen. Cerrahpasa Tip Fakültesi. KBB Anabilim Dalı. Cerrahpasa- Istanbul. TURQUIA.

LILACS

Esta, al igual que muchas otras revistas latinoamericanas, 450 aproximadamente, es analizada e indizada en la base de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud).

LILACS es el resultado de un esfuerzo colectivo, coordinado por BIREME, para registrar y difundir la producción intelectual del profesional de la salud latinoamericano, cualquiera que sea la forma o el medio en que aparece publicada. Libros, revistas, seminarios o conferencias, tesis, etc., tienen cabida en LILACS, respetados los criterios de selección establecidos.

La captación y procesamiento de toda esa literatura es responsabilidad de cada uno de los Centros Coordinadores Nacionales en Ciencias de la Salud. BIREME, Centro Regional de la Organización Panamericana de la Salud, ayuda a los centros y ejerce coordinación a nivel regional.

Los generadores de información (autores y editores) deben participar en este esfuerzo colectivo haciendo a los CNN depositarios de todo documento generado, para su análisis y posible inclusión en la base de datos. Sin esta colaboración de indudable interés mutuo, el proceso de captación se dificulta. Alimentada por la mayoría de los países de la región, LILACS posee hoy más de 60,000 citas bibliográficas y resúmenes de documentos de autores latinoamericanos. Este acervo de información es accesible en línea y también está disponible en el soporte electrónico conocido como CD-ROM (Compact Disc - Read Only Memory). Más de 140 instituciones de la Red Latinoamericana cuentan ya con el equipo de lectura CD-ROM y reciben regularmente las actualizaciones de la base de datos para su operación a nivel institucional.

De LILACS se extraen dos productos impresos: IMLA (Index Medicus Latinoamericanos) y LILACS-SP. El primero de aparición trimestral, recoge referencias bibliográficas y resúmenes de

artículos publicados en las revistas analizadas. El segundo, de aparición irregular, incluye citas bibliográficas y resúmenes de trabajos requeridos a temas de la Salud Pública.

Para más información, dirijan la correspondencia a: Coordinación de la Red Internacional. BIREME. Rua Botucatu, 862. 04023 Sao Paulo, BRASIL.

VOZ CANTADA

Recibimos una comunicación donde nos informa que en Bilbao, España, del 15 al 17 de noviembre de 1989 se efectuarán las Jornadas Internacionales sobre la Voz Cantada, su enseñanza, sus

perturbaciones y su tratamiento. Para mayor información dirigirse con la Dra. Esther Cantera, al Apartado de Correos N° 1346 Bilbao, España.

INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA

El XX Congreso Internacional de Audiología será una reunión científica sobre temas de actualidad, el programa científico incluye mesas redondas, comunicaciones libres y posters; las mesas redondas serán sobre: actuación precoz en los defectos auditivos en la infancia, patología de la audición binaural y audifonos, procesamiento de la señal. Para informes con el Dr. J.J.

Barajas en la Clínica Barajas. Pérez de Rozas, 8. 38004 Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias España.

CIRUGIA NEUROLOGICA

Del 27 de agosto al 1° de septiembre de 1989, se celebrará en la ciudad de Veracruz el Congreso Mexicano de Cirugía Neurológica. Durante dicho evento el tema principal será el de Cirugía de la base de cráneo. Desde el taller precongreso y durante todo el desarrollo del evento participan varios otorrinolaringólogos, especialmente los Drs. Juan Felipe Sánchez Marle y Malcom Graham, miembros de nuestra Sociedad.

CONSEJO MEXICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

LISTA DE LOS DOCTORES QUE APROBARON EL EXAMEN DE INGRESO AL CONSEJO. FEBRERO 1989.

- 1.- ALAVEZ SANTOS OLGA MARIA
- 2.- ASCH RABINOVICH ADIEL
- 3.- BALEDON SANCHEZ MERCEDES
- 4.- BERLANGA GOTES DIEGO GERMAN
- 5.- CERVANTES CERVANTES FRANCISCO
- 6.- CORTES LOPEZ RAMON
- 7.- DOMINGUEZ DANACHE LAURA ELENA
- 8.- GARCIA LOERA EDUARDO ANTONIO
- 9.- GONZALEZ DIAZ LUIS ANTONIO
- 10.- GUEVARA MARTINEZ JUAN
- 11.- LOPEZ MICHEL JORGE
- 12.- MATA ALVAREZ EDUARDO
- 13.- MORENO ROBLES VIRGINIA PAULA
- 14.- NOLASCO GRANADOS MA. EUGENIA
- 15.- OCHOA MARES LAZARO
- 16.- ORIGEL QUINTANA GUSTAVO
- 17.- PACHECO SANCHEZ HECTOR FIDEL
- 18.- PEREZ ASTORGA REBECA
- 19.- PEREZ HERNANDEZ CORAL
- 20.- RODRIGUEZ RUIZ ADAN
- 21.- RODRIGUEZ SALINAS DANIEL
- 22.- SALAS GALICIA JUAN EUGENIO
- 23.- SMITH BATEON ANA PATRICIA
- 24.- TUEME ARELLANO ALBERTO
- 25.- USECHE PRETELT JORGE ULISES
- 26.- VELAZQUEZ VARGAS FRANCISCO JAVIER
- 27.- VIZCAINO SALCEDO SILVERIO
- 28.- YAÑEZ GARCIA CARLOS

CONSEJO MEXICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, S.A.

CONVOCATORIA

Para examen de certificación 12, 13 y 14 de febrero de 1990 Sedes: México, D.F. y Monterrey, N.L.

METODO Y TRAMITE PARA OBTENER LA CERTIFICACION:

- 1.- Enviar solicitud a las oficinas del Consejo.
- 2.- Entregar documentación y la cantidad de \$ 60,000.00. Límite: Noviembre 15 de 1989.
- 3.- Revisión de documentos.
- 4.- Recibir información del Secretario del Consejo.
- 5.- Presentar examen de conocimientos en aspectos teóricos-prácticos.
- 6.- Acredita No acredita.
- 7.- Entrega de certificados en Sesión de Negocios.

BASES:

De acuerdo con los Estudios vigentes del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, A.C., éste CERTIFICA como Especialistas a los Médicos que lo soliciten y reúnan los siguientes requisitos:

- A) Ser médico autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.
- B) Entrenamiento formal de 3 años en Otorrinolaringología, en las instituciones reconocidas por el Consejo.
- C) Presentar ante el Consejo solicitud de ingreso, acompañada de su Curriculum Vitae con documentos probatorios de cada uno de los hechos ahí señalados (copias fotostáticas, programas, sobretiros, etc.) dos fotografías tamaño infantil y la cuota respectiva.
- D) Ser miembro titular de una Sociedad de Otorrinolaringología de la República Mexicana reconocida por el Consejo.

INTRUCTIVO PARA OBTENER LA CERTIFICACION:

DEL SOLICITANTE:

- 1.- Cumplir los requisitos académicos y éticos.
- 2.- Solicitud por escrito del examen de certificación y cubrir la cuota de \$ 240,000.00 (ya aceptada la documentación).
- 3.- Presentar el examen de certificación.

DEL EXAMEN:

- 1.- Se llevará a efecto los días 12, 13 y 14 de febrero de 1990 a las 8.00 A.M.
 - 2.- Tendrá dos aspectos, uno escrito y otro clínico.
 - 3.- El escrito consistirá en resolver un cuestionario de selección múltiple, aprobado por el Consejo.
- El clínico, en la discusión de un enfermo otorrinolaringológico, en presencia de un Jurado.

LA JUNTA DE GOBIERNO

Tel: 543-93-63
18.00 a 20.00 Hrs.

Eugenia 13-403
Col. Nápoles
México, D.F. C.P. 03810

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA OTOLOGICA

21 al 24 de febrero de 1990
México, D.F.

PROFESORES EXTRANJEROS

Robert Jahrsdoerfer
Jhon Kemink
Harold Schuknecht
Mansfield Smith

COORDINADOR Antonio Soda Merhy

INFORMES:

Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología
y Cirugía de Cabeza y Cuello
Eugenia 13-403
Col. Nápoles
543-93-63

Convocatoria al Premio

"Dr. Leo Deutsch"

CONVOCATORIA

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

- 1.- Se otorgará al mejor trabajo publicado por médico residente en la revista "Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología."
- 2.- El premio se otorgará al primer autor del trabajo, quien como requisito indispensable deberá ser médico residente de la especialidad de otorrinolaringología o afines, de residencia aceptadas por el Consejo Mexicano de Otorrinolaringología, no tomándose en cuenta a sus colaboradores.
- 3.- El premio será único y sólo se podrá declarar desierto en caso de no existir ningún trabajo publicado por médico residente en el lapso de un año, en cuyo caso el premio se otorgará al mejor trabajo presentado en el Congreso Nacional por médico residente.
- 4.- La aceptación y la responsabilidad de la publicación se encuentra a cargo del Sr. Dr. Editor Director de la Revista con el Comité de Redacción para lo cual deberán de seguirse las normas y requerimientos impuestos por la misma.
- 5.- El premio será anual, comprendiendo los periodos de publicación de Junio a Mayo del siguiente año.
- 6.- El premio consistirá en inscripción, viaje y viático para la persona ganadora, a la reunión anual de la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía en Cabeza y Cuello, la cual se celebrará en diferentes ciudades de la Unión Americana, anualmente y aproximadamente en el mes de octubre.
- 7.- El jurado será el mismo que designe anualmente el Comité Organizador de los Congresos Nacionales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía en Cabeza y Cuello, en sus trabajos científicos.
- 8.- Los resultados del jurado serán inapelables.
- 9.- Los participantes podrán ser de cualquier nacionalidad y sólo en caso de parentesco con algún jurado, este voto será suplido por el Director-Editor de la revista.
- 10.- El original de su trabajo deberá de ir acompañado por una carta de Jefatura de Servicio, la cual avale su situación de residencia.

ATENTAMENTE

Dr. Fernando Couto y Arcos.

ZACATECAS 89

La Federacion de Soc. y Colegios de Otorrinolaringologia
y Cirugia de Cabeza y Cuello de la Republica Mexicana, A.C.

D

La Sociedad de Otorrinolaringologia
y Cirugia de Cabeza y Cuello del Centro, A.C.

Invitan al

I CURSO DE ACTUALIZACION Y XI CONGRESO NACIONAL
DE OTORRINOLARINGOLOGIA

DEL 7 AL 11 DE OCTUBRE DE 1989
EN LA CIUDAD DE ZACATECAS

HOTEL SEDE PARAISO RADISSON HOTEL GALLERY

INFORMES E INSCRIPCIONES:
DR. JOSE FRANCISCO JIMENEZ G.

AV. GUERRERO 219 ZACATECAS
TELS. 2-48-91 Y 2-22-21

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

1.- Los anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología es el Órgano 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 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 (ca-

da 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 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 propósitos del trabajo y consigne solamente las referencias pertinentes. Describa los métodos utilizados, los ins-

trumentos 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 señale 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 VS Otorrinolaringologías 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

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

10.- Leyendas: Cada tabla y fotografía debe tener una leyenda, llamada pie de figura. Los pies de figura se presentan en un 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 números romanos. Cada una debe

de tener un título explicativo.

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

13.- Todo material permitido para publicaciones 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 nombre de la Sociedad Mexicana de ORL, por la cantidad de

\$

Favor de enviármela a:

Nombre

.....

Dirección

.....

Firma

Colaboración por 1 año (4 números)

México.....	\$	190.000.00	M.N.
América, España y Portugal	\$	135.00	Dls. U.S.A.
Otros países.....	\$	135.00	Dls. U.S.A.

**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 OTONEUROCIURUGIA.

Organiza : Dr. E. García Ibáñez

Secretaría: Instituto de Otolología García-Ibáñez

Dr. Roux 91 Barcelona 08017 España

Registration Fees:	before March 31, 1989	before June 31, 1989	alter July 1, 1989
Full member (Ptas, 40.000)	Ptas..... Full member (Ptas 50 000)	Ptas..... Full member (Ptas 60 000)	Ptas.....
Residents (Ptas. 30.000)	Ptas..... Residents (Ptas 35 000)	Ptas..... Resident (Ptas 40 000)	Ptas.....
Accompanying persons (Ptas. 20.000)	Ptas..... Accompanying persons (Ptas 25.000)	Ptas..... Accompanying persons (Ptas 30 000)	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,



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

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

Calendario de actividades SMORLCCC

El calendario correspondiente a las actividades de tipo académico del período 1989-1990, ha tratado de ser equilibrado en los diferentes temas que debe abarcar la especialidad; en algunas oportunidades contaremos con profesores extranjeros, sin embargo, será en las mayorías de ellas la experiencia de los especialistas nacionales la que nos ayude a mantener el buen nivel de la enseñanza médica continua, tan necesaria para el éxito del médico actual.

Esperamos como siempre, contar con su apoyo para el éxito de los mismos.

MAYO 1989

"Segundo curso de cirugía rinológica"

Fecha: 22 al 26 de mayo 1989

Sede: Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"

Organiza: SMORLCCC e ISSSTE

"Sesión de Videocintas"

Fecha: 31 de mayo 1989

Sede: SMORLCCC

JUNIO 1989

"Sesión ordinaria de SMORLCCC"

Fecha: 6 de junio 1989

Sede: Auditorio "Dr. Abraham Ayala González"
Hospital General de México, S.S.

"Histopatología en otorrinolaringología. (primera parte, farínge y larínge)"

Fecha: 16 y 17 de junio 1989

Sede: Servicio de Patología, Hospital Regional "Lic.

Adolfo López Mateos", ISSSTE

Organiza: SMORLCCC

"Sesión de Videocintas"

Fecha: 28 de junio 1989

Sede: SMORLCCC

JULIO 1989

"Sesión ordinaria de SMORLCCC"

Fecha: 4 de julio 1989

Sede: "Dr. Abraham Ayala González" Hospital General de México, S.S.

"Curso Cirugía del oído infectado"

Prof.: Dr. Guillermo Hernández Valencia

Fecha: 10 al 14 de julio 1989

Sede: La Raza

"Curso de actualización en Otorrinolaringología para médicos generales".

Fecha: 22 de julio 1989

Sede:

"Sesión de Videocintas"

Fecha: 26 de julio 1989

Sede: SMORLCCC

"Histopatología en otorrinolaringología (segunda parte, nariz y senos paranasales)"

Fecha: 28 y 29 de julio 1989

Sede: Servicio de Patología, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE

Organiza: SMORLCCC

AGOSTO 1989

"Sesión ordinaria de SMORLCCC"

Fecha: 1° de agosto 1989

Sede: "Dr. Abraham Ayala González" Hospital General de México, S.S.

"Histopatología en otorrinolaringología (tercera parte, oído y glándulas salivales)"

Fecha: 25 y 26 de agosto 1989

Sede: Servicio de Patología, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE

Organiza: SMORLCCC

"Sesión de Videocintas"

Fecha: 30 de agosto 1989

Sede: SMORLCCC

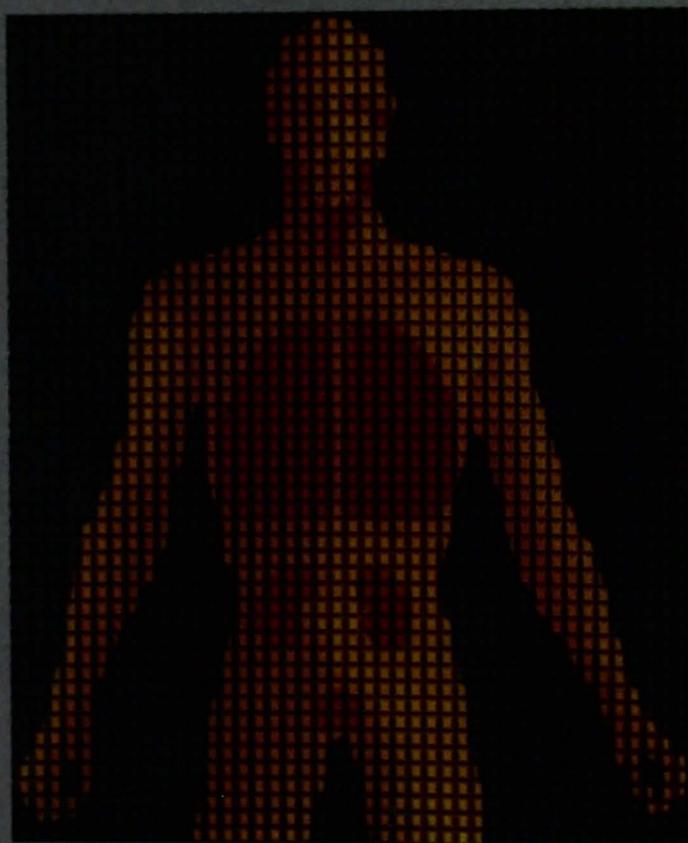
SEPTIEMBRE 1989

"Sesión ordinaria de SMORLCCC"

Fecha: 5 de septiembre 1989

Sede: Auditorio "Dr. Abraham Ayala González"
Hospital General de México, S.S.

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



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

Cefporex
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



Para mayor información dirigirse al Departamento Médico de CIBA-GEIGY MEXICANA, S.A. de C.V. Calz. de Tlalpan 1779 Col. San Diego Churubusco 04120 México, D.F.

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 cefálea. **Vía de Administración:** Nasal. **Dosis:** Una o dos aplicaciones en cada narina 3 a 6 veces al día. **Presentación:** Frasco con 17.5 ml. de Cromoglicato de Sodio, al 2%. **Fórmula:** Cada 100 ml. de Solución contienen: Cromoglicato de Sodio 2,000 G. Vehículo c.b.p. 100 ml. **Forma de Administración:** Previo aseo nasal, aplicar el spray. Continuar el tratamiento aún cuando los síntomas hayan desaparecido. Retirarlo gradualmente durante una semana.

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

Literatura exclusiva para médicos

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

* Marca Registrada

I. Méd. NKE-1945/J

FISONS

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

Calz. de las Armas 110

Tlalneapantla Edo. de México



Cefalexina, Glaxo

Cápsulas, tabletas y suspensión Antibiótico bactericida de amplio espectro

FORMULA: Cada CAPSULA contiene:

Cefalexina Glaxo 250 y 500 mg

SUSPENSION: Cada 5 ml contienen:

Cefalexina Glaxo 125 y 250 mg

Cada TABLETA contiene:

Cefalexina Glaxo 1 g

INDICACIONES: Ceporex es un antibiótico bactericida del grupo de las Cefalosporinas, activo contra una amplia gama de gérmenes Gram-positivos y Gram-negativos. Está indicado en el manejo de las siguientes condiciones, cuando sean causadas por gérmenes susceptibles:

- Infecciones del tracto respiratorio
- Infecciones de vías urinarias
- Infecciones ginecológicas y obstétricas
- Infecciones de piel y tejidos blandos
- Infecciones de hueso
- Sifilis y gonorrea
- Infecciones dentales

ESPECTRO ANTI-BACTERIANO: CEPOREX es activo contra una amplia variedad de bacterias gram-positivas y gram-negativas. Tanto las cepas de estafilococos productoras de penicilinas como las no productoras de penicilinas son susceptibles; sin embargo, las cepas meticilino-resistentes, raramente encontradas, habitualmente no son sensibles.

CEPOREX es muy activo contra: *Streptococcus pyogenes*, *Diplococcus pneumoniae*, *Corynebacterium diphtheriae* y *Streptococcus viridans*. La sensibilidad del *Strep. faecalis* es muy variable. La *Neisseria gonorrhoeae* y *H. meningitidis* son altamente sensibles.

Los bacilos patógenos comunes gram-negativos son sensibles, incluyendo la mayoría de las cepas de *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* y muchas cepas de *Haemophilus influenzae*. La *Salmonella* y la *Shigella* spp. son también sensibles. La cefalexina es poco activa contra *Proteus morganii*, *Proteus vulgaris* o *Aerobacter aerogenes*. No presenta actividad contra *Pseudomonas aeruginosa* (*pyocyanea*), protozoarios o virus.

DOSEIFICACION:

ADULTOS: La mayoría de las infecciones responden a la dosis de 1-2 g diarias divididas en 2 a 4 tomas. Para infecciones graves o profundas, la dosis puede aumentarse a 1 g tres veces al día, o bien 1.5 g cuatro veces al día.

Sifilis: 1 g dos veces al día.

Gonorrea: HOMBRES: 3 g + 1 g de Probenecid.

MUJERES: 2 g + 0.5 g de Probenecid.

NIÑOS: 25-80 mg/kg/día, aumentando hasta 100 mg/kg/día en casos graves, sin sobrepasar 4 g al día se recomienda el siguiente esquema:

0-3 meses - 62.5 - 125 mg dos veces al día.

4 meses - 2 años - 125 - 250 mg dos veces al día.

3-6 años - 250 - 500 mg dos veces al día.

7-12 años - 500 mg - 1 g dos veces al día.

Para la mayoría de las infecciones agudas, el tratamiento debe continuarse hasta dos días después de que la sintomatología ha desaparecido. En infecciones crónicas complicadas de vías urinarias y sifilis se recomienda continuar con el tratamiento durante dos semanas.

En pacientes con insuficiencia renal la dosis máxima recomendada (adultos 6 g/día y niños 4 g/día). Se deberá reducir proporcionalmente.

Pacientes adultos bajo diálisis deberán recibir 500 mg de Ceporex adicionales después de la diálisis y en el caso de niños, 8 mg/kg.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a las cefalosporinas.

PRECAUCIONES: La experiencia clínica no ha demostrado teratogenicidad por Ceporex; sin embargo, al igual que con todos los medicamentos, su empleo durante el primer trimestre del embarazo se debe hacer con precaución.

En los pacientes tratados con Ceporex, puede ocurrir una reacción falsa positiva para la glucosa en la orina, con la solución Benedict o Fehling, o con tabletas Clinistest, pero no con las pruebas enzimáticas.

Una vez reconstituida la suspensión, conserve su potencia durante 5 días a una temperatura menor de 30°C o durante 14 días debajo de 20°C (no se debe congelar).

EFFECTOS SECUNDARIOS: Una pequeña proporción de los pacientes que reciben cefalexina pueden experimentar trastornos gastrointestinales, tales como náuseas, vómito, diarrea, anorexia o malestar abdominal generalizado. Como con todos los antibióticos de amplio espectro, puede aparecer superinfección (algunas veces moniliales) y en ocasiones vulvovaginitis.

Raramente ha ocurrido neutropenia reversible en algunos pacientes. Son poco comunes las erupciones generalizadas, urticaria o erupción maculopapular generalizada, pero en pacientes alérgicos a las penicilinas no puede excluirse completamente una reacción cruzada.

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

PRESENTACIONES:

Ceporex Cápsulas: Caja con 12 cápsulas de 250 mg o 500 mg.

Ceporex Suspensión: Frascos de 80 ml con 125 o 250 mg por 5 ml.

Ceporex Tablet: Caja con 6 tabletas de 1 gramo.

Ceporex es marca registrada. Su venta requiere receta médica.

No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos.

Regs. Nos. 74500, 76240 y 131M81, S.S.A. I. Méd. NIE-1514/J

Glaxo

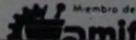
Pionero en Penicilinas;
Líder en Cefalosporinas

Glaxo de México, S.A. de C.V.

Centeno 132, Col. Granjas Esmeralda

06810 México, D.F.

Glaxo Holdings, Ltd.



Rocephin® I.M. 500 mg (ceftriaxona) 1 g

INFORMACION RESUMIDA PARA LA PRESCRIPCION

DEFINICION: Rocephin es el primer antibiótico beta-lactámico de acción prolongada; bactericida de amplio espectro. **MECANISMO DE ACCION:** Rocephin actúa inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana, lo que da por resultado la lisis de la bacteria. **SUSTANCIA ACTIVA:** El principio activo de Rocephin es la Ceftriaxona en forma disódica. Rocephin carece de cadena lateral metilglucosídica, lo que explica la falta de interacción con alcohol y por lo tanto de efecto tipo anabúsico. **FARMACOCINETICA:** Rocephin se caracteriza por una larga vida media, de alrededor de 8 hrs. aproximadamente en adultos sanos. La biodisponibilidad de Rocephin administrado por vía I.M. es del 100%. Después de la administración I.V. Rocephin difunde rápidamente hacia el líquido intersticial donde la concentración bactericida contra gérmenes susceptibles se mantiene durante 24 horas. **ELIMINACION:** La vida media de eliminación en adultos sanos es de alrededor de 8 hrs.; en recién nacidos de menos de 8 días y en ancianos de más de 75 años de edad, el promedio de la vida media de eliminación es el doble aproximadamente. En los adultos, del 50 al 80% de Rocephin se elimina sin cambios con la orina mientras que entre el 40 y 50% se excreta inalterado con la bilis. En pacientes con insuficiencia renal o hepática, la farmacocinética de Rocephin se modifica mínimamente y la vida media se incrementa ligeramente. **PENETRACION AL L.C.R.:** Rocephin penetra en las meninges inflamadas de lactantes y niños; el índice de difusión al L.C.R. en las meningitis bacterianas es de 17% de la concentración plasmática, o sea cuatro veces mayor que la observada en la meningitis aséptica. **ESPECTRO ANTIBACTERIANO:** La actividad bactericida de Rocephin se debe a que inhibe la síntesis de la pared celular. In vitro, ha demostrado actividad contra gérmenes gram-negativos y gram-positivos. Es altamente estable frente a la mayoría de las betalactamasas. La sensibilidad al Rocephin puede determinarse mediante prueba de difusión con disco o prueba de dilución en agar o caldo siguiendo de las técnicas adecuadas. **INDICACIONES:** Rocephin está indicado en infecciones de mediana a intensa gravedad causadas por gérmenes Gram-positivos y Gram-negativos sensibles.

POSOLOGIA SUGERIDA

Perfil del paciente o indicaciones especiales	DOSIFICACION POR DIA	
	MEDIANA GRAVEDAD	INTENSA GRAVEDAD
Recién nacidos < 2 semanas	20-50 mg/kg	50 mg/kg
Recién nacidos > 2 semanas hasta niños < 12 años	20-80 mg/kg	80 mg/kg
Niños > 12 años o con peso > 30 kg, adultos y ancianos	1-2 g	4 g
Insuficiencia renal: depuración de creatinina:	> 10 ml/min.	4 g
	< 10 ml/min.	2 g
Meningitis en niños	especial 100 mg/kg y reducir según la sensibilidad del germen causante	4 g
Profilaxis en cirugía	1-2 g de 30 a 90 minutos antes de la cirugía	
Gonorrea	500 mg por vía intramuscular dosis única	

DURACION DEL TRATAMIENTO. Como en cualquier tratamiento con antibióticos, la administración de Rocephin se debe continuar como mínimo 48 a 72 horas después de la desaparición de la fiebre. **VIA DE ADMINISTRACION:** I.M., I.V. directa o por infusión. Existe una presentación especial para la administración I.M. y otra para la I.V. Estudios In Vitro han demostrado que Rocephin, al igual que otras cefalosporinas, puede desplazar a la bilirrubina de sus sitios de unión con la albúmina, lo anterior debe tenerse en cuenta cuando se piense en Rocephin para tratar a recién nacidos con hiperbilirrubinemia, especialmente si se trata de prematuros. **MODO DE EMPLEO:** I.M. Dosis 500 mg o 1 g de Rocephin en 2 ml o 3.5 ml, respectivamente, de solución con lidocaina al 1%. Conviene no aplicar más de 1 g en cada glúteo al día. La solución con lidocaina nunca debe administrarse I.V. I.V. directa: Dosis 500 mg o 1 g de Rocephin en 5 ml o 10 ml, respectivamente, de solución inyectable y aplicado lentamente en la vena I.V. Por infusión: Dosis 500 mg o 1 g de Rocephin en aproximadamente 40 ml de cualquiera de las siguientes soluciones libres de calcio: cloruro de sodio al 0.9%, cloruro de sodio 0.9% + dextrosa 5%; glucosado 5% y 10%. La infusión se pasará en 5 a 15 minutos. Las dosis mayores de 2 g en adultos y de 50 mg/kg en niños deben administrarse por infusión I.V. limpiando las soluciones ya mencionadas a pasar en no menos de 30 minutos. La solución reconstituida se mantiene estable 6 hrs. a temperatura ambiente o 24 hrs. en refrigeración. **CONTRAINDICACIONES:** Rocephin está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a las cefalosporinas. En pacientes hipersensibles a la penicilina, debe tenerse presente la posibilidad de reacciones alérgicas cruzadas. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Rocephin es generalmente bien tolerado aunque pueden presentarse con poca frecuencia las siguientes reacciones que desaparecen espontáneamente al disminuir o al suspender la administración. **LOCALES:** dolor, induración o aumento de la sensibilidad en el sitio de la inyección. Puede presentarse fiebre con la administración endovenosa (que puede evitarse administrando lentamente el producto: 2 a 4 minutos). **HIPERSENSIBILIDAD (aprox. 1%):** exantema, prurito, urticaria, edema y eritema multiforme. **HEMATOLOGICOS (aprox. 2%):** eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia y anemia hemolítica. **GASTROINTESTINALES (aprox. 2%):** diarrea, náusea, vómito, estomatitis y glositis. **OTROS:** cefalea, vértigo; aumento de enzimas hepáticas, oliguria, aumento de la creatinina sérica, micosis genital, reacción anafiláctica o anafilactoide. ***También más raras son la enterocolitis pseudomembranosa, trastornos de la coagulación y formación de sedimento en la vesícula biliar (por precipitación). PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:** Conviene precaución del empleo de Rocephin, durante el embarazo (particularmente durante el primer trimestre) a menos de que su uso sea imperativo. En tratamientos prolongados conviene controlar periódicamente los valores hematológicos (por ejemplo, fórmula hemática, etc.). En caso de insuficiencia hepática no se precisa reducir la dosis de Rocephin en tanto la función renal permanezca intacta. En el caso de que coincidan insuficiencia renal y hepática graves, se recomienda controlar regularmente las concentraciones plasmáticas de Rocephin. En pacientes sometidos a diálisis se deben hacer determinaciones de la concentración sérica de Rocephin para ajustar la dosificación. Ha de evitarse la inyección intramuscular con la solución intravenosa (resulta dolorosa), y en ningún caso, se podrá administrar la solución intramuscular (con lidocaina) por vía intravenosa. En casos raros, en estudios ultrasonográficos se han observado imágenes sugestivas de sedimento blando; este efecto, es reversible al discontinuar el tratamiento con Rocephin, por lo tanto se recomienda un manejo conservador no quirúrgico sin cuando dicha imagen ultrasonográfica se asocie con un cuadro doloroso. **INTERACCIONES:** Rocephin en combinación con aminoglicósidos, revelará un efecto sinérgico que puede ser eficaz para el tratamiento de infecciones graves que impliquen peligro de muerte. Cuando Rocephin se emplee conjuntamente con otros antimicrobianos, ambos fármacos deben administrarse por separado debido a la posibilidad de que exista incompatibilidad. **PRESENTACIONES Y FORMULAS CUANTITATIVAS:** Rocephin I.M. (intramuscular): 500 mg y 1 g conteniendo respectivamente: Frasco ampulla con Ceftriaxona y ampolleta con 2 ml y 3.5 ml de solución de lidocaina al 1%. Rocephin I.V. (intravenosa): 500 mg y 1 g conteniendo respectivamente: Frasco ampulla con Ceftriaxona disódica equivalente a 500 mg y 1 gramo de Ceftriaxona y ampolleta con 5 ml y 10 ml de solución estéril inyectable.

Regs. Nos. 098M4 y 104M4 S.S.A.

SU VENTA REQUIERE RECETA MEDICA

I. Méd. OBE-448/J

Literatura exclusiva para médicos.

© - Marca Registrada.

PRODUCTO ROCHE, S.A. DE C.V.

Av. Universidad No. 302

03310, México, D.F.



ciencia y conciencia de investigación



CLARITYNE® LORATADINA

Tabletas, Antihistamínico no sedante, de acción prolongada.

INFORMACION MINIMA PARA PRESCRIBIR DESCRIPCION.

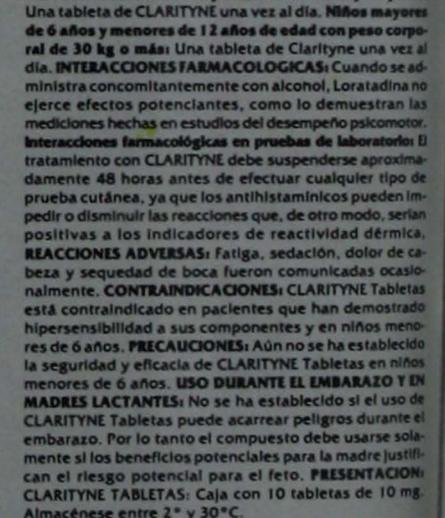
Cada Tableta de CLARITYNE contiene 10 mg de loratadina micronizada y almidón, lactosa y estearato de magnesio como ingredientes inactivos. **ACCIONES:** Loratadina es un antihistamínico tríciclico, de acción prolongada, con actividad selectiva, antagonista a los receptores H₁ periféricos. **INDICACIONES Y USO:** CLARITYNE Tabletas está indicado para el alivio de los síntomas asociados con rinitis alérgica, inclusive estornudos, secreción nasal (rino-rrea) y prurito, así como prurito y ardor ocular. Los signos y síntomas oculares y nasales son aliviados rápidamente después de la administración oral. CLARITYNE Tabletas también está indicado para el alivio de los síntomas y señales de urticaria crónica y otras afecciones dermatológicas alérgicas. * Marca de Fábrica Schering Corporation, Kenilworth, N.J. U.S.A. **POSOLOGIA Y ADMINISTRACION:** Adultos y niños de 12 años y mayores: Una tableta de CLARITYNE una vez al día. Niños mayores de 6 años y menores de 12 años de edad con peso corporal de 30 kg o más: Una tableta de Clarityne una vez al día. **INTERACCIONES FARMACOLOGICAS:** Cuando se administra concomitantemente con alcohol, Loratadina no ejerce efectos potenciadores, como lo demuestran las mediciones hechas en estudios del desempeño psicomotor. **Interacciones farmacológicas en pruebas de laboratorio:** El tratamiento con CLARITYNE debe suspenderse aproximadamente 48 horas antes de efectuar cualquier tipo de prueba cutánea, ya que los antihistamínicos pueden impedir o disminuir las reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica. **REACCIONES ADVERSAS:** Fatiga, sedación, dolor de cabeza y sequedad de boca fueron comunicadas ocasionalmente. **CONTRAINDICACIONES:** CLARITYNE Tabletas está contraindicado en pacientes que han demostrado hipersensibilidad a sus componentes y en niños menores de 6 años. **PRECAUCIONES:** Aún no se ha establecido la seguridad y eficacia de CLARITYNE Tabletas en niños menores de 6 años. **USO DURANTE EL EMBARAZO Y EN MADRES LACTANTES:** No se ha establecido si el uso de CLARITYNE Tabletas puede acarrear peligros durante el embarazo. Por lo tanto el compuesto debe usarse solamente si los beneficios potenciales para la madre justifican el riesgo potencial para el feto. **PRESENTACION:** CLARITYNE TABLETS: Caja con 10 tabletas de 10 mg. Almacénese entre 2° y 30°C.

Bibliografía:

1. Datos en los archivos, Schering International, Kenilworth, N.J. 2. Howarth PH, Emanuel MB, Holgate ST: Astemizole, a potent histamine H₁ receptor antagonist: Effect in allergic rhinoconjunctivitis, on antigen and histamine induced skin wheal responses and relationship to serum levels. Br J Clin Pharmacol 1984; 18:1-8. 3. Murphy O'Connor JC, Renton RL, Westlake DM: Comparative trial of two dose regimens of terfenadine in patients with hay fever. J Int Med Res 1984; 12:333-337.

Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños.

Reg. No. 045M88 S.S.A. I. Méd. OEE-930/J



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

Are-19388-CLE

RINITIS



BECONASE

(Dipropionato de Beclometasona)

*Los mejores resultados se han
obtenido prescribiendo
2 inhalaciones en cada fosa
nasal, 2 veces al día, por 3
semanas consecutivas.⁽¹⁻²⁾*

Glaxo

KELFIPRIM*

SULFAMETOPIRAZINA + TRIMETOPRIM Cápsulas

*la sulfa hace
la diferencia...*

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT
MONTEDISON AL CUIDADO DE LA SALUD

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



Cervilan®

lomofilina + dihidroergocristina

Nuevo

antivértiginoso del insuficiente cerebro-vascular



PRESENTACION Y FORMULA:

Caja con 30 grageas en envase de burbuja
Cada gragea contiene:
lomofilina 80.0 mg
dihidroergocristina 00.8 mg
(en forma de mesilato)
Excipiente c. b. p. 1 gragea

INDICACIONES:

• el vértigo de origen vascular, así como:
• síndrome de Ménière
• laberintitis aguda
• vértigo posicional agudo
• vértigo por hiperventilación
• vértigo postraumático
• síndrome neurosensorial 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,
• hipertensión 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 la amanita, pacientes con coronariopatías, primer trimestre del embarazo.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

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

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:

• no debe utilizarse si no hay 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 etude sur 857 patients traités par Cervilan durent 18 semaines. Concours Medical du 15 Novembre 1980.
Ph. 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 croisee en pharmacologie clinique comparative entre Cinarizine et una association de dimethylamine et de DHEC. La Vie Medicale du 3 Juillet 1980.

• Marca Registrada
• venta requiere receta médica
• no debe estar al alcance de los niños
• fórmula exclusiva para médicos
• Reg. No. 0281 M 80 S. S. A.

• Tel. 360-88
• Reg. NCE 550U

ROUSSEL



ROUSSEL S.A. DE C.V.
Av. Universidad No. 1758
C.P. 06000 México, D.F.

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

DE LA INVESTIGACION **Beecham**...



**INTRODUCIENDO UNA NUEVA DIRECCION EN LA
TERAPIA ORAL CON ANTIBIOTICOS**

NUEVO AUGMENTIN*
(Clavulanato de Potasio/Amoxicilina)

El único 'Antibiótico de amplio espectro',
que inactiva a las Betalactamasas...
que destruyen a otros antibióticos de amplio espectro

Patógeno productor
de Betalactamasa

El Clavulanato de Potasio inactiva a la
Betalactamasa que destruye al antibiótico
La amoxicilina destruye a la bacteria

Betalactamasa

Para obtener más éxitos clínicos en el
incierto mundo actual de las infecciones

Tipo de infección	Tasas de éxito con Augmentin
Infecciones respiratorias en Pediatría	95%
Infecciones respiratorias en adultos	93%
Infecciones del tracto urinario	98%

Esquema posológico: Una toma cada 8 horas, **administrada conjuntamente con los alimentos**, durante 5 a 10 días

AUGMENTIN* MAS EXITOS CLINICOS

CUANDO USTED LOS NECESITA... CON SU PRIMERA RECETA

Beecham
farmacéutica, s.a. de c.v.

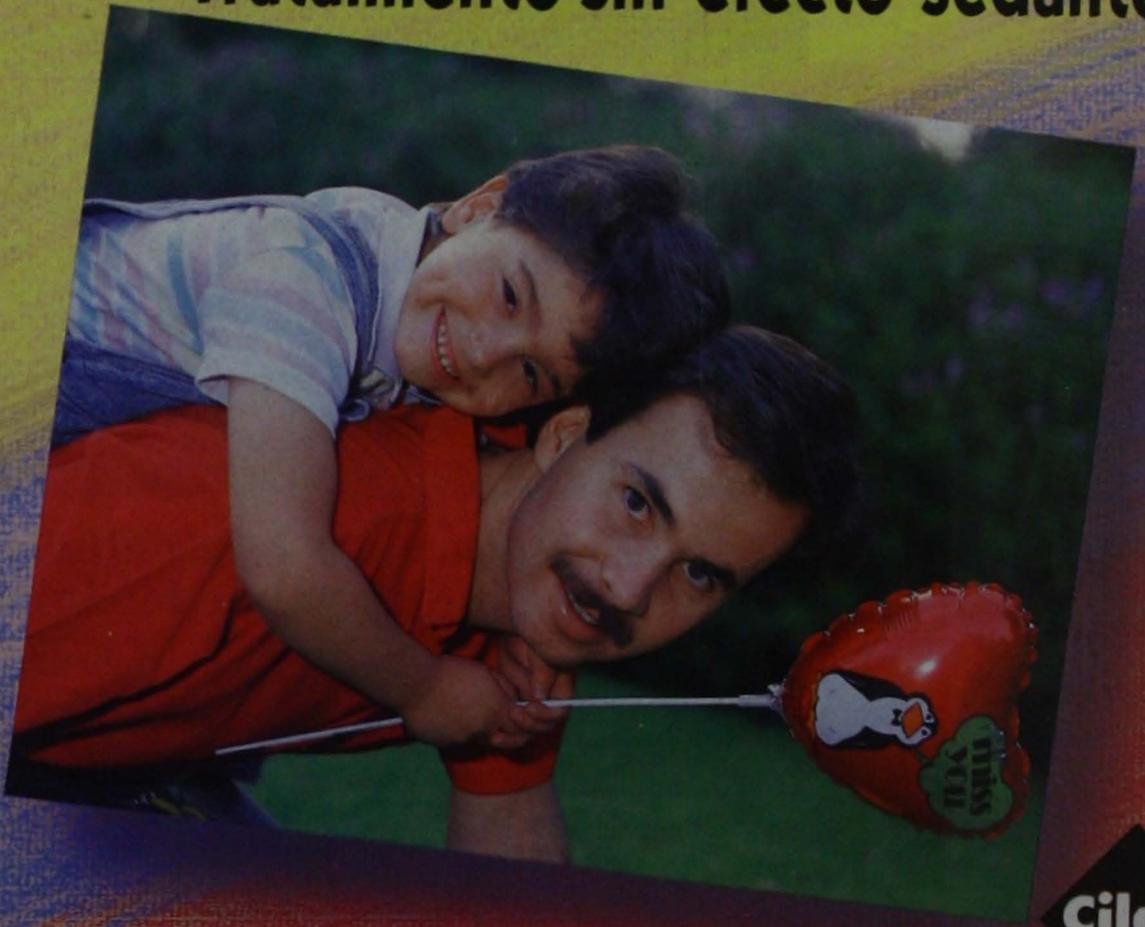


La imagen de sus pacientes
alérgicos la modifica:

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

BIBLIOGRAFÍA: 1) Itravni, J.; Melville, G.N.: Mucociliary function of the respiratory tract as influenced by drugs. *Respiration* 31, 350-357 (1974). 2) Bertoli L., Rizzato G., Baudi F., Passa M., Magri G., La 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) Curli P.C.: Aumento de la producción de surfactante alveolar por el ambroxol. *Pneumologie* 147: 62-74, 1972.

INDICACIONES: MUCOSOLVAN está indicado en procesos broncopulmonares que cursan con aumento de la viscosidad y adherencia del moco, en los que es necesario mantener libre de secreciones el aparato respiratorio, como en Bronquitis Aguda, Bronquitis Asmática, Asma Bronquial, Bronquectasias, Sinusitis, Neumonías, Bronconeumonías, Atelectasia por Obstrucción Mucosa, Traqueostomía y Pre y Post-Operatorio en especial en Cirugía Geriátrica. MUCOSOLVAN Solución Oral, Comprimidos y Gotas puede administrarse asociado con antibióticos, broncodilatadores y con cualquier fármaco de uso común en el tratamiento de las patologías de las vías aéreas.

MUCOSOLVAN Retard está indicado en procesos broncopulmonares que cursan con aumento de la viscosidad y adherencia del moco, en los que es necesario mantener libre de secreciones el aparato respiratorio como Bronquitis Aguda, Bronquitis Crónica, Rinitis, Sinusitis, Traqueostomías y Pre y Post-Operatorio y en especial en Cirugía Geriátrica.

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

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

FÓRMULA: Solución c/100 ml: Clorhidrato de Ambroxol 0.300 g. Comprimidos: c/comp. 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.

ADMINISTRACIÓN Y DOSIS: MUCOSOLVAN® SOLUCIÓN: Adultos: Los dos o tres primeros días del tratamiento 2 cucharaditas tres veces al día, luego una cucharadita (5 ml) tres veces al día. Niños hasta 2 años: ½ cucharadita (2.5 ml) dos veces al día. Niños de 2 a 5 años: ½ cucharadita (2.5 ml) tres veces al día. Niños mayores de 5 años: una cucharadita (5 ml) dos a tres veces al día.

MUCOSOLVAN® COMPRIMIDOS: Mayores de 12 años y adultos: 1 comprimido cada 8 horas.

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

MUCOSOLVAN® RETARD: Mayores de 12 años y adultos: 1 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.

INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA: MUCOSOLVAN® Sol. Oral, Comp. y 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 venoclitis o mezclado en soluciones fisiológicas o glucosadas al 5 y 10% o en solución de Ringer.

MUCOSOLVAN Inyectable no se debe mezclar con soluciones alcalinas para evitar el enturbiamiento o precipitación de la solución.

MUCOSOLVAN Inyectable es incompatible para mezclar en la misma jeringa con cualquiera de los siguientes antibióticos: cefadrina, cloramfenicol, ampicilina, rifampicina y tosfomicina.

MUCOSOLVAN Inyectable es compatible con soluciones obtenidas con otros antibióticos, por no ser alcalinas, como cefotaxima, gentamicina, tobramicina, amikacina, kanamicina, florfenicol y carbenicilina.

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

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



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

REPRESENTACIÓN 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 aguda. Infecciones gastrointestinales.

EQUIVALENCIA: 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.

POSOLOGÍA: 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. (Maqui 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 tra de aluminio. Frasco para hacer 60 ml. de suspensión. La presentación contiene una cucharadita calibrada.

Su venta requiere receta médica.
Liberatoria exclusiva para médicos.

1. Med. 101 E 951/2

Penglobe bacampicilina?
Inventación original de

ASTRA
MEXICO S.A.

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

Keduril®

Solución Infantil.

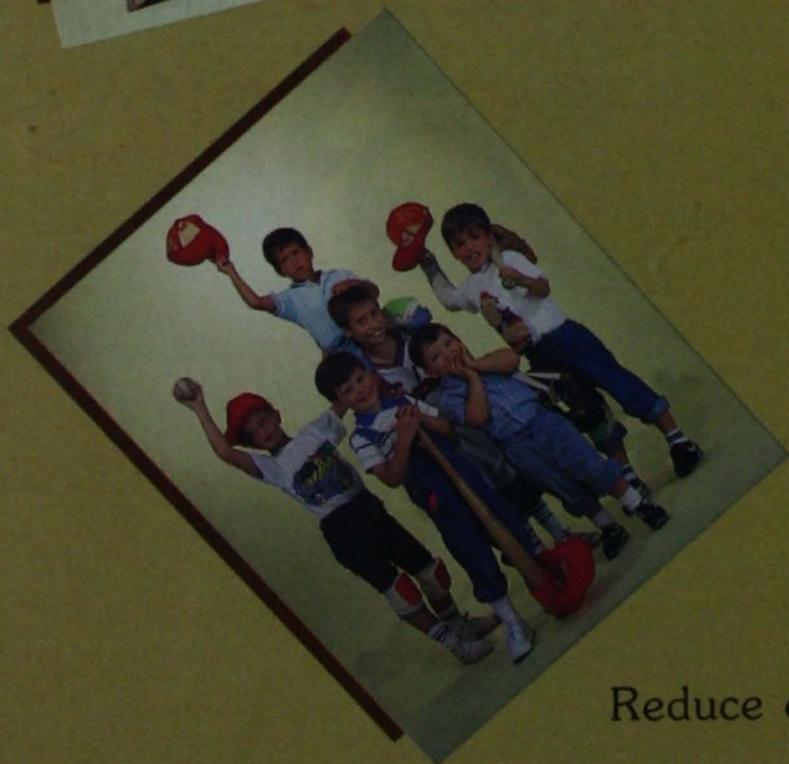


... El Domingo.
Por una faringoamigdalitis
perdimos el partido

Keduril®

Agradable Solución:

- ☐ Dolor
- ☐ Fiebre
- ☐ Inflamación
- ☐ Exudado



Asociado al
antibiótico de elección.

Reduce el tiempo de recuperación.

INFORMACIÓN PARA PRESCRIPCIÓN SUPOSITORIOS INFANTIL FORMULA: Cada supositorio contiene 50 mg Ketoprofén Sódico PRESENTACION: Caja con 6 supositorios. POSOLOGIA: En niños menores de 6 años un supositorio c/12 horas. En mayores de 6 años un supositorio c/8 horas. SOLUCIÓN INFANTIL FORMULA: El frasco con polvo contiene Ketoprofén Sódico 0.5 g. excipiente, c. b. p. 11.0 g. Hecha la mezcla cada cucharadita de 5 ml contiene el equivalente de 35.7 mg de Ketoprofén Sódico PRESENTACION: Frasco con polvo y cucharadita dosificada a 5 ml. POSOLOGIA: La dosis recomendada es de 1 cucharadita de 5 ml. cada 8 horas o calcular a la dosis de 1-1.5 mg/Kg/cada 8 horas. INDICACIONES: Asociado al antibiótico de elección en procesos infecciosos de vías respiratorias altas, como faringitis, bronquitis, otitis, donde se requiere un tratamiento de los síntomas principales como son dolor, fiebre e inflamación. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, embarazo, lactancia, niños menores de 2 años, gastritis, úlcera péptica. Evítese su uso en problemas inflamatorios y dolorosos comunes sin la prescripción del médico. No se utilice este medicamento por más de 5 días si no es bajo estricta vigilancia médica. REACCIONES SECUNDARIAS: Keduril es bien tolerado en general, sin embargo en algunos casos aislados pudiera presentarse gastralgias de tipo ardoroso, náuseas y vómito ocasionales. Se recomienda precaución ante la presencia de antecedentes digestivos como úlcera gastroduodenal, gastrectomía y portadores de hernia hiatal.

BIBLIOGRAFÍA A SOLICITUD DEL MEDICO SU VENTA REQUIERE RECETA MEDICA
LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS * MARCA REGISTRADA

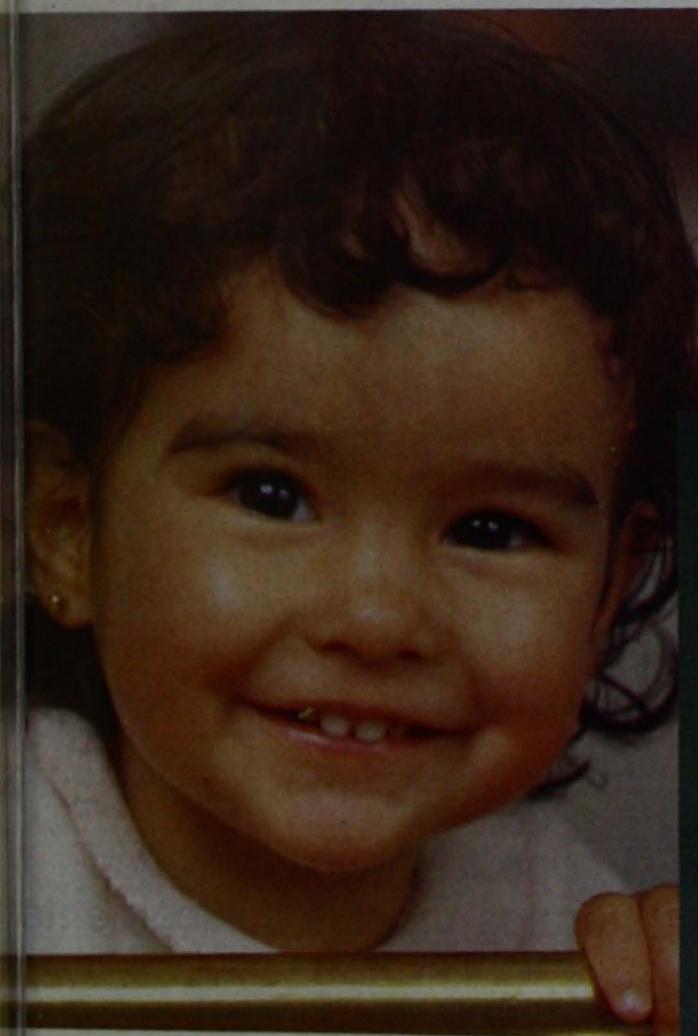


RHÔNE-POULENC

RHÔNE-POULENC PHARMA DE MEXICO, S.A. DE C.V.

Dalacin C*

y los mecanismos de defensa
del huésped



en
amigdalitis/faringitis
otitis media
sinusitis



INDICACIONES: Infecciones causadas por gérmenes aerobios grampositivos, tales como infecciones del tracto respiratorio superior e inferior: Amigdalitis, bronquitis, faringitis, neumonías, sinusitis, otitis, así como infecciones de la piel y tejidos blandos, osteomielitis y septicemia. Infecciones causadas por gérmenes anaerobios grampositivos y gramnegativos, tales como: Infecciones del tracto respiratorio inferior: Emplema, neumonías, abscesos pulmonares. Infecciones intraabdominales: Peritonitis y abscesos. Infección pélvica inflamatoria: Endometritis, abscesos tuboováricos. Infecciones postquirúrgicas. Infecciones dentales: Abscesos periapicales y gingivitis.

CONTRAINDICACIONES: DALACIN C está contraindicado en individuos con historia de hipersensibilidad a la clindamicina o a la lincomicina. No deberá utilizarse junto con la eritromicina.

PRECAUCIONES: Como puede suceder con otros antibióticos, se han reportado casos de diarrea grave y persistente, que a veces han hecho necesario interrumpir la administración del medicamento. Esta diarrea se ha presentado ocasionalmente acompañada de sangre y moco en las heces, leucocitosis, fiebre y dolor abdominal, y algunas veces se ha asociado a aparición de colitis severa. Se ha establecido que las toxinas producidas por C. difficile son la causa principal de colitis asociada a antibióticos. Colitis Pseudomembranosa. Durante tratamientos prolongados deben efectuarse pruebas periódicas de funcionamiento hepático y renal, así como cuentas sanguíneas totales. Su empleo puede resultar en un desarrollo de microorganismos no susceptibles, particularmente Hongos.

EFECCIONES SECUNDARIAS: Diarrea, ocasionalmente náusea y vómito, meteorismo, eritema, erupción, prurito y dolor abdominal.

PRECAUCIONES DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA: La seguridad de su uso en embarazadas y neonatos no ha sido establecida.

COMPATIBILIDAD Y ESTABILIDAD: DALACIN C fosfato, solución inyectable es compatible hasta por 24 horas en soluciones de dextrosa al 5 por ciento y cloruro de sodio que contenga los siguientes antibióticos en concentraciones usualmente administradas: sulfato de ampicilina, aztreonam, cefotaxima sódica, sulfato de gentamicina y tobramicina.

INTERACCION MEDICAMENTOSA: DALACIN C fosfato no deberá mezclarse en soluciones que contengan: Ampicilina, difenilhidantoinato, barbitúricos, aminofilina, gluconato de calcio, y sulfato de magnesio.

NOTA: DALACIN C oral puede tomarse con los alimentos, ya que su absorción no es apreciablemente afectada por la ingestión de alimentos.

DOSIS: La que el médico señale.

PRESENTACIONES: DALACIN C: Cada cápsula contiene 150 mg. de clorhidrato menohidratado de clindamicina, blister con 12 cápsulas.

DALACIN C, Granulado para solución: Frasco de 60 ml, después de reconstituirse con agua, cada 5 ml. (cucharadita de suspensión) contiene palmitato de clorhidrato de clindamicina equivalente a 75 mg. de clindamicina base.

DALACIN C Inyectable: Cada ml. contiene fosfato de clindamicina equivalente a 150 mg. de clindamicina por ml. en ampollitas de 2 ml. y 4 ml.

Las especificaciones del producto están dirigidas a ayudar al médico a determinar la disponibilidad del mismo y podrían no ser lo suficientemente amplias; en caso de requerir información adicional ésta se encuentra a su disposición en nuestra Compañía.

UPJOHN, S. A. de C. V. Calzada de Tlalpan, 2962 C.P. 04870 México, D. F.

*MARCA REGISTRADA
Literatura exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica.

Regs. Núms. 76372, 84560 y 84745. SS
I. Med. PAE-239/J

PRODUCTO DE

Upjohn

INVESTIGACION
EN
ANTIBIOTICOS

PENPROCILINA*

La elección apoyada en su experiencia



“La (PENPROCILINA*) Penicilina G tiene la mayor actividad antimicrobiana de las penicilinas naturales usadas clínicamente.”

Goodman and Gilman
The pharmacological basis of therapeutics, pag. 11
Seventh Ed., 1970

NIÑOS:	1 Ampolleta 400,000 U.	C/12 Horas 7 a 10 días
ADULTOS:	1 Ampolleta 800,000 U.	C/12 Horas 7 a 10 días

PENPROCILINA

Fórmula y Presentaciones: PENPROCILINA*	400 000 U	800 000 U
Frasco ampula con polvo y ampolleta con diluyente		
FORMULA: El frasco ampula con polvo contiene:	100 000 U	200 000 U
Penicilina G sódica cristalizada equivalente a de Penicilina G		
Penicilina G Procaína equivalente a de Penicilina G	300 000 U	600 000 U
La ampolleta con diluyente contiene:	2 ml	2 ml
Agua inyectable		

INDICACIONES: Infecciones bacterianas causadas por gérmenes sensibles: Amigdalitis, bronquitis, endocarditis, erisipela, celulitis, neumonía, difteria; infecciones de tejidos blandos.

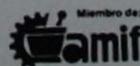
Contraindicaciones: No deberá aplicarse a personas con antecedentes de hipersensibilidad a la penicilina ni a personas con antecedentes de alergias importantes (atopias). No deberá continuarse la aplicación a ninguna persona que presente signos iniciales de edema angioneurótico, enfermedad del suero o choque anafiláctico.

Precauciones: Cualquier penicilina lleva riesgo de desencadenar reacciones alérgicas, independientemente de la dosis y la vía de administración.

Reacciones secundarias: En ocasiones pueden presentarse reacciones alérgicas que pueden manifestarse como urticaria, exantema, eritema, púrpura y dermatitis exfoliativa. En raras ocasiones puede haber reacciones anafilácticas de mayor gravedad.

Dosificación: Aplicar por vía intramuscular un frasco ampula de PENPROCILINA* 400 000, 800 000 U cada 12 horas. Se recomienda que el tratamiento sea de 7 a 10 días de duración.

Literatura exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica
*Marcas Registradas
Reg. No. 34564 S.S.
I. Med. OFE-1086/4 Clave: LL-1388



Hecho en México
Farmacéuticos Lakeside, S.A. de C.V.
Vía Lic. Isidro Fabela No. 1536
50030 Toluca de Lerdo, México

Lakeside

AUGMENTIN*
(Clavulanato de Potasio/Amoxicilina)

TABLETAS Y SUSPENSION

Fórmula	Tabletas	Suspensión
Amoxicilina trihidratada, equivalente a Amoxicilina	500 mg	250 mg
Clavulanato de potasio, equivalente a Acido clavulánico	125 mg	62.5 mg
Excipiente c.b.p.	1 tableta recubierta	
Vehículo c.b.p.		5 ml

Acción La disminución en la sensibilidad a muchos antibióticos es causada por enzimas bacterianas llamadas beta-lactamasas, las cuales destruyen al antibiótico antes de que éste pueda actuar sobre la bacteria. **Augmentin** es el mayor avance en la terapia antibiótica destinada a tratar infecciones causadas por dichas bacterias, así como también para aquellas infecciones debidas a microorganismos no productores de beta-lactamasas. **Augmentin** es un antibiótico de amplio espectro, teniendo la propiedad especial de inactivar en forma irreversible las enzimas llamadas beta-lactamasas, las cuales destruyen las penicilinas y las cefalosporinas (beta-lactámicos). **Augmentin** es una mezcla compuesta de Amoxicilina trihidratada y la sal potásica del ácido clavulánico. En **Augmentin** el clavulanato se anticipa al mecanismo de defensa bacteriano con un bloqueo irreversible de la enzima beta-lactamasa, lo cual convierte los microorganismos en sensibles al rápido efecto bactericida de la Amoxicilina. El clavulanato por sí solo tiene muy poca actividad antibacteriana. La farmacocinética de los dos componentes de **Augmentin** está estrechamente relacionada. Los mayores niveles séricos de ambos, ocurren aproximadamente una hora después de su administración oral. Ambos, Clavulanato y la Amoxicilina, tienen muy bajos niveles de unión proteica; aproximadamente el 70% se mantiene libre en suero. **Indicaciones** Augmentin es un antibiótico de amplio espectro contra los patógenos más comúnmente encontrados en la práctica general, así como también en la hospitalaria. La acción del Clavulanato amplió el espectro de la Amoxicilina y le proporcionó más amplio rango contra los microorganismos, incluyendo muchas cepas resistentes a otros antibióticos. Cuando es apropiada la terapia oral, **Augmentin** es recomendable en las infecciones bacterianas más comunes, tales como: a) Infecciones de Tracto respiratorio superior (incluyendo oído y nariz): Sinusitis. Otitis media. b) Infecciones del Tracto respiratorio inferior. — Bronquitis aguda y crónica. — Neumonía lobar y bronconeumonía. c) Infecciones de Tracto genitourinario. — Cistitis — Uretritis (gonocócica). — Pielonefritis. d) Otras Infecciones de piel y tejidos blandos. — Sepsis intra-abdominal. — Osteomielitis. **Microbiología** **Augmentin** es un antibiótico bactericida que cubre un amplio rango de microorganismos, incluyendo: **Grampositivos Aerobios** *Staphylococcus aureus* (incluyendo cepas productoras de penicilinas) *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus faecalis*, *Streptococcus viridans*, *Enterobacterium sp.*, *Bacillus anthracis*, *Listeria monocitogenes*, *Anaerobios Clostridium sp.*, *Peptococcus sp.*, *Peptostreptococcus*. **Gramnegativos Aerobios** *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli* (incluyendo cepas resistentes a la ampicilina y a la amoxicilina) *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella sp.*, *Bordetella pertussis*, *Brusella sp.*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Vibrio cholerae*, *Pasteurella séptica*. **Anaerobios** *Bacteroides fragilis*. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a la penicilina, cefalosporinas o cualquier componente de la fórmula. **Precauciones** 1. No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros. 2. La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3. La penicilina, siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes, en otros resulta altamente perjudicial, por lo que solamente el médico, basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por el uso del medicamento, determinará si debe o no ser usado. 4. La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción y uso quedarán bajo la estricta responsabilidad del médico. 5. En el caso de que se presenten accidentes por penicilina, se recomienda la aplicación de adrenalina al milésimo por vía intramuscular. Podrán utilizarse asimismo otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente, tales como: antihistamínicos, esteroides y otros. Una serie de estudios con **Augmentin** en altas dosis, ha demostrado que **Augmentin** está libre de teratogenicidad; sin embargo, la seguridad durante el embarazo no ha sido aún establecida. La insuficiencia renal retrasa la excreción del Clavulanato y la Amoxicilina, pero, a menos que la insuficiencia sea tan severa que requiera diálisis, no es necesario reducir la dosis. **Efectos secundarios.** Con amoxicilina no son comunes y principalmente son leves y de naturaleza transitoria. Han sido reportados: diarrea, náusea, vómito y candidiasis. Si ocurren efectos colaterales gastrointestinales, éstos pueden ser reducidos tomando **Augmentin** conjuntamente con los alimentos. Urticaria y rash eritematoso ocurren rara vez, y su incidencia ha sido particularmente baja en estudios clínicos. El rash eritematoso ha sido asociado con fiebre glandular en algunos pacientes que reciben Amoxicilina. El tratamiento debe ser descontinuado si se presenta cualquier tipo de rash. **Dosis y administración.** Adultos **Augmentin** Tabletas (Amoxicilina 500 mg y Clavulanato de potasio 125 mg): una tableta cada 8 horas por 5 a 10 días. **Augmentin** Suspensión (Amoxicilina 250 mg y Clavulanato de potasio 62.5 mg/5 ml Niños 6-12 años: 5 ml cada 8 horas, 5-10 días de terapia. 1-5 años: 2.5 ml cada 8 horas, 5-10 días de terapia. Menores de un año: 1.25 ml cada 8 horas, 5-10 días de terapia. Cada dosis de **Augmentin** se debe administrar con los alimentos. **Dosis ponderal.** 20 mg/kg/día en base a la Amoxicilina en dosis divididas cada 8 horas. Para otitis media, sinusitis e infecciones del Tracto respiratorio bajo se recomienda 40 mg/kg/día en base a la Amoxicilina en dosis divididas cada 8 horas. Niños con peso mayor de 40 Kgs. y más, se deben dosificar de acuerdo a la dosis del adulto. **Almacenamiento.** **Augmentin** debe ser conservado en lugar fresco y seco. Los frascos de Suspensión de **Augmentin** deben permanecer bien cerrados. La reconstitución del producto puede ser preservada por 10 días en refrigeración. **Presentaciones:** Tabletas: Frasco con 10 tabletas. **Suspensión:** Frasco con polvo para reconstituir a 60 ml. l. Med. PAE-182/J. Regs. Nos. 068M82 y 079M84, S.S.A. * Marca Registrada. Literatura exclusiva para médicos Su venta requiere receta médica.

AMERICAN QUESEAS

ASTRA

CIBA

BEECHAM

DEWIMED

ENDOSCOPIA E INSTRUMENTOS

FARMITALIA

FISONS

GLAXO

GRUPO ROUSSEL

HUERTA MEDICA

INSTRUMENTOS DE ALTA TECNOLOGIA

LAKESIDE

LEPETIT

MANUFACTURAS DOMINGO

MICROTECNICA QUIRURGICA

PROMECCO

RESONANCIA MAGNETICA CLINICA

LONDRES S.A. DE C.U.

ROCHE

RHONE-POULENC

SANDOZ

SCHERAMEX

SYNTEK

UPJOHN

ZEISS

Audiometría

Penglobe

Cataflan

Augmentin

Instrumental microcirugía

Endoscopios e Instrumentos

Kelfripim

Rynacrom

Beconase Ceporex

Cervilan

Aparatos auditivos y material quirúrgico

Aparatos Análisis Oídos

Penprocilina

Teldane

Instrumental Especialidad

Servicio del Otorrinolaringólogo

Mucosolvan

Resonancia Magnética un diagnóstico

preciso

Rocephin I.M.

Keduril

Hydergina

Clarityne

Flanax

Dalacin-C

Aparatos consultorio y Microcirugía

Beecham

farmacéutica, s.a. de c.v.

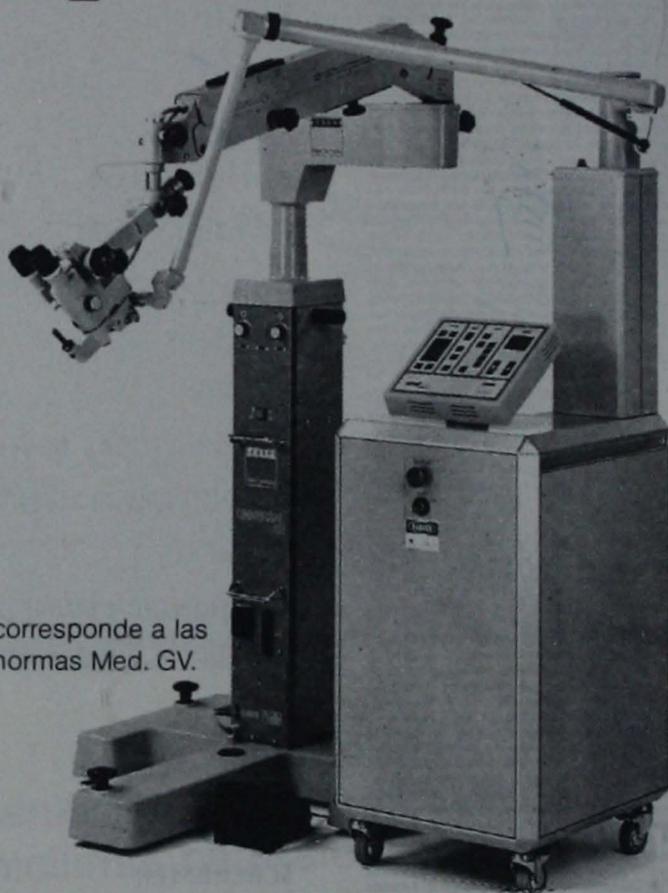
Miguel Angel de Quevedo No. 307

Coyoacán, 04310, D.F.

Una Nueva Dimensión en la Cirugía de Láser -

OPMILAS CO₂-L Zeiss

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



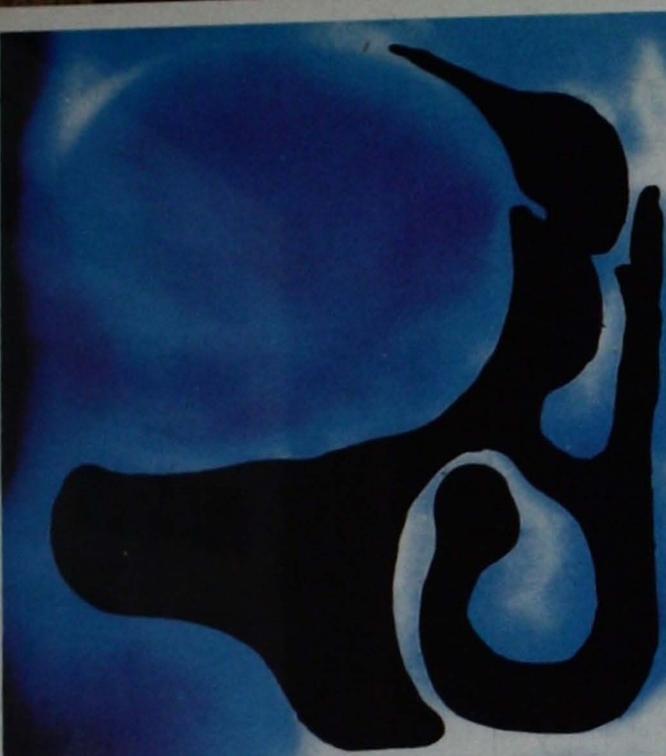
corresponde a las normas Med. GV.

**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



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

MICROSCOPIA Y DOCUMENTACION
CIENTIFICA S.A. DE C.V.

d.l. Vasconcellos

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 41 89 563 81 99

BIBLIOTECA
VILAR



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

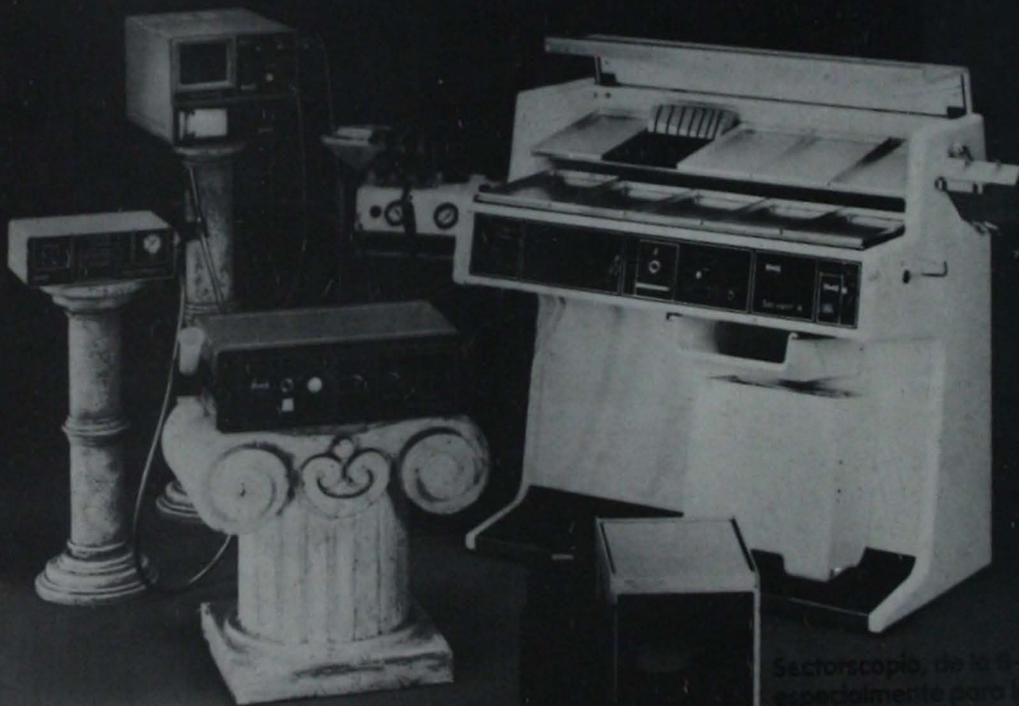
Clásicos con Futuro

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

Endostroboscopia, para el
diagnóstico de la laringe.

martin

CARL ZEISS
JENA

R
RICHARDS

WOLF

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

MICROSCOPIOS PARA MICROCIROGIA

MICROCIROGIA Y PROTESIS

ENDOSCOPIA