



ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL FUNDADA EN 1949 ORGANO OFICIAL

- PAGINA DEL DIRECTOR17
- TRABAJOS PROSPECTIVOS
 - Sistema computarizado de manejo de datos clínicos
en otorrinolaringología.
Dr. Gonzalo Corvera-Behar y col.19
 - Hipoacusia ocupacional barotraumática: Estudio
en buceadores "a pulmón"
Dr. Arsenio Alvarez Alvarez30
- CASOS CLINICOS
 - Neurinomas del Cuello. Presentación de dos casos.
Dr. Luis Enrique Arámburo Tirado y cols.35
 - Síndrome de Eagle
Dr. Rubén Moreno Padilla y cols.39
 - Acrospiroma Ecrino. Presentación de un caso
Dr. David Montes de Oca Rosas y cols.43
- NOTAS E INFORMACIONES46

DISTRIBUCION GRATUITA
MEXICO, DICIEMBRE, ENERO Y FEBRERO
1990
VOL. XXXV NUMERO 1

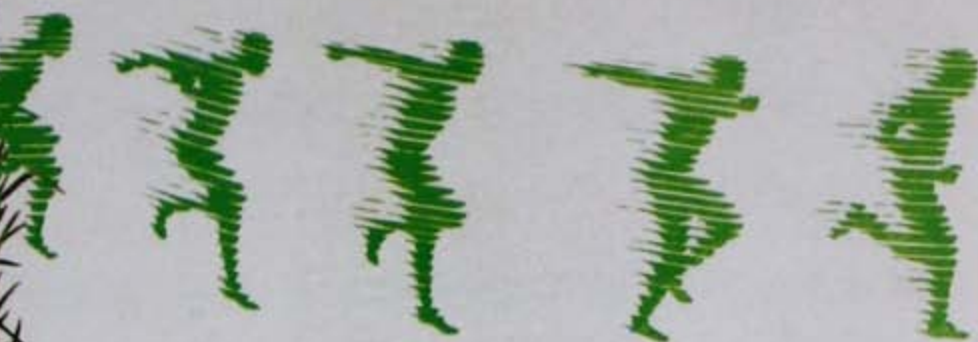
NUEVO

DE Scheramex

CLARITYNE[®]
Jarabe

UNA VEZ
AL DIA

**PRESENTACION
PEDIATRICA**



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.

Scheramex
S.A. DE CV

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

Ahora en México,

viennatone®

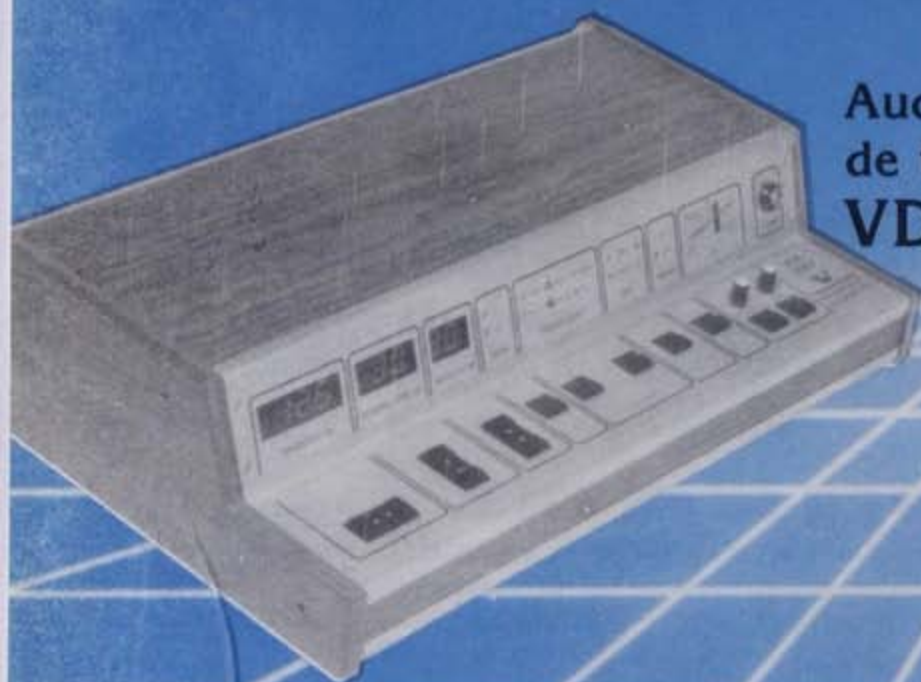
Presenta su línea de
AUDIOMETROS de mayor
prestigio internacional.



**Audiometro diagnóstico
de tono puro
VDA1010**

para consultorios y clínicas

- 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
Tel. 16•32•48 Tel. 45•68•20

MUCOSOLVAN

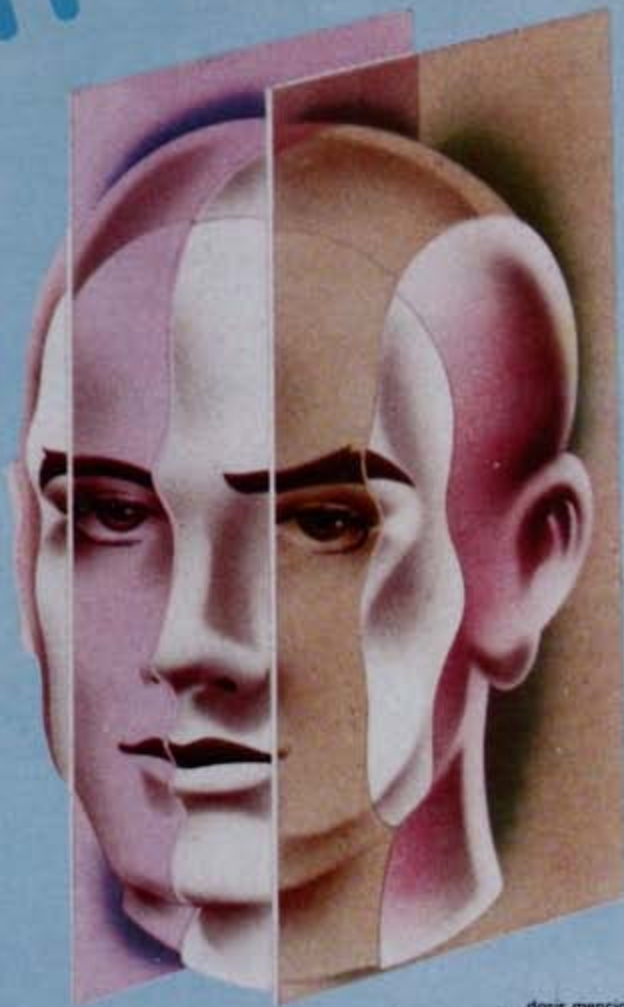
en la clínica ORL

Otitis media

incrementa el surfactante en el oído medio, mejorando el drenaje de las secreciones.

Sinusitis

favorece la fluidificación de las secreciones sinusales. una comprobación más de la acción surfactante.



BIBLIOGRAFIA

- 1) Travani, J., Melville, G.N.: Mucociliary function of the respiratory tract as influenced by drugs. *Respiration* 31, 350-357 (1974).
- Zibertek, L., Rizzato G., Bauri F., Pessa M., Magni G. Lo. Action of ambroxol on mucociliary clearance. *Respiration Science Publishers B.V.*
- Lachman B.: THE EFFECT OF AMBROXOL IN NEWBORN AND MATURE ANIMALS WITH SURFACTANT DEFICIENCY. Elsevier Science Publishers B.V. Pulmonary Surfactant System, E.V. Cosmi and E.M. Scarpelli eds. 1983.
- Manrique M.J. et al. TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA SECA CON AMBROXOL ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA, Vol. 45, No. 1, 17-20, 1987.
- Hills B.A. ANALYSIS OF EUSTACHIAN SURFACTANT AND ITS FUNCTION AS A RELEASE AGENT. *Arch. Otolaryngol.* 1984; 110:3-9.
- Hills B.A. HYDROPHOBIC LINING OF THE EUSTACHIAN TUBE PARTED BY SURFACTANT. *Arch. Otolaryngol.* 1984; 110:779-782.
- Mira E. et al. PROPRIETA TENSIOATTIVE DELLA MUCOSA DELLA TUBA DI EUSTACHIO POSSIBILI CORRELAZIONI CON IL SURFACTANTE ALVEOLARE. *Revista Italiana di Audiologia e Foniatria* 1985, 5, No. 3 349-353.
- Brown D.T. et al. DRUGS AFFECTING CLEARANCE OF MIDDLE EAR SECRETIONS: A PERSPECTIVE TO THE MANAGEMENT OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION. *Otolaryngol. Mead Neck Surg.* 5, 94-103.

INDICACIONES:

MUCOSOLVAN está indicado en procesos broncopulmonares que cursan con aumento de la viscosidad y adherencia del moco, en los que es necesario mantener libre de secreciones el aparato respiratorio, como en Bronquitis Aguda, Bronquitis Asmatiforme, Asma Bronquial, Bronquiectasia, Sinusitis, Neumonías, Bronconeumonías, Atelectasia por Obstrucción Mucosa, Traqueostomía y Pre y Post-Operatorio en especial en Cirugía Geniátrica.

MUCOSOLVAN* Solución Oral, Comprimidos y Gotas puede administrarse asociado con antibióticos, broncodilatadores y con cualquier fármaco de uso común en 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 Geniátrica.

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.

FORMULA: 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 cápsula contiene 0.075 g de Clorhidrato de Ambroxol
Gotas: cada ml. contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.0075 g

ADMINISTRACION Y DOSIS: MUCOSOLVAN* SOLUCION:
Adultos: Los dos o tres primeros días del tratamiento 2 cucharaditas tres veces al día, luego una cucharadita (5 ml) tres veces al día. Niños hasta 2 años: 1/2 cucharadita (2.5 ml.) dos veces al día. Niños de 2 a 5 años: 1/2 cucharadita (2.5 ml.) tres veces al día. Niños mayores de 5 años: una cucharadita (5 ml.) dos a tres veces al día.

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

MUCOSOLVAN* SOLUCION INYECTABLE Intramuscular o por Venoclisis: Mayores de 12 años y adultos: 1 ampolla cada 8 horas. Niños menores de 2 años: 1/2 ampolla cada 12 horas. Niños de 2 a 5 años: 1/2 ampolla cada 8 horas. Niños mayores de 5 años: 1 ampolla cada 8 a 12 horas. Al inicio del tratamiento puede duplicarse la

dosificación mencionada. La dosis pediátrica es de 1.2 a 1.6 mg/kg/día. MUCOSOLVAN*

RETARD: Mayores de 12 años y adultos: 1 cápsula al día por la mañana o por la noche.

MUCOSOLVAN* GOTAS: Niños hasta 2 años: 1 ml. (20 gotas) 2 veces al día. Niños de 2 a 5 años: 1 ml. (20 gotas) 3 veces al día. De 5 a 12 años: 2 ml. (40 gotas) 2 a 3 veces al día.

Tiempo de tratamiento: de 7 a 10 días a criterio del médico.

PRECAUCION 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. Manténgase con cuidado las formas orales en pacientes con úlcera gástrica.

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

INTERACCION MEDICAMENTOSA: MUCOSOLVAN* Sol., Oral, Comp., Retard y Gotas pueden ser administrados 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 venoclisis o mezclado en soluciones fisiológicas o glucosadas al 5 y 10% o en solución de Ringer.

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

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

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

PRESENTACIONES: Solución con 120 ml.

Comprimidos con 20

Solución Inyectable caja con 10 ampollitas de 2 ml.

Retard caja con 10 cápsulas de liberación prolongada.

Gotas frasco con 30 ml.

Vía de Administración: Oral o i.m. o en Venoclisis.

Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos.

Reg. Nos.: 005M83, 100M83, 101M83, 028M84 y 101M85 S.S.A.

*Marca Regs. I. Med. OFE-979-J

Hecho en México por

Promeco, S.A. de C.V.

Calle del Maíz No. 49

16090 México, D.F.

Mucosolvan Retard

Fabricado por Dr. Karl Thornea GmbH

Biberach An Der Riss, Alemania

Envasado en México por

Promeco, S.A. de C.V.



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

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.



RESONANCIA MAGNETICA UN DIAGNOSTICO PRECISO



Cavidades paranasales
Plano sagital



Sinusitis maxiloetmoidal
Plano coronal

La imagen por Resonancia Magnética (IRM), es un método de diagnóstico no invasivo, que no utiliza radiación ionizante. Su gran resolución espacial y versatilidad en obtención de imágenes en diferentes planos (axial, coronal, sagital y oblicuas) entre otras ventajas, ofrece una nueva perspectiva en el diagnóstico de la patología de cabeza y cuello.

Su mayor utilidad la ofrece en:

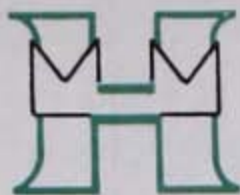
- Diagnóstico diferencial entre patología inflamatoria y tumoral de los Senos Paranasales.
- Diagnóstico del neurinoma del acústico intra y extracanalicular.
- Patología tumoral de cuello.



RESONANCIA MAGNETICA

CLINICA LONDRES
S.A. DE C.V.

Frontera No. 74, Col. Roma C.P. 06700 México, D.F.
Tels. 5-33-00-20 Ext. 109 2-07-57-95 2-08-68-54



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®**

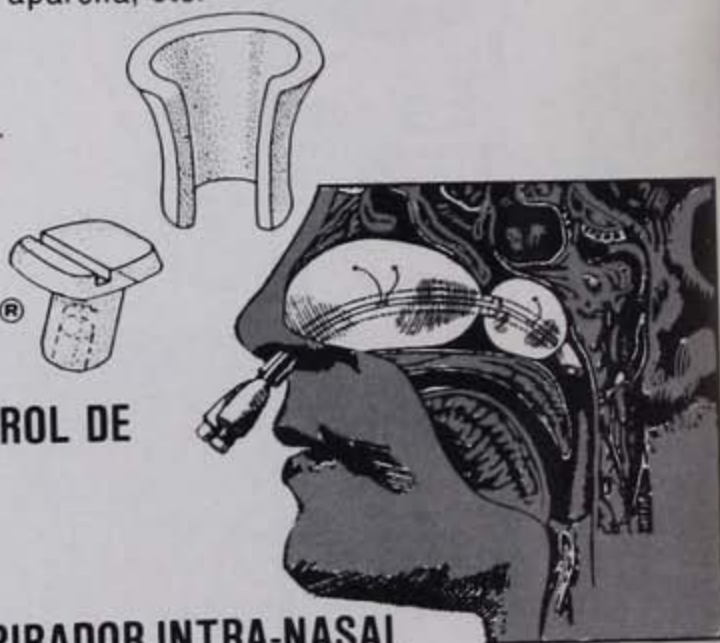
• **TUBOS ENDOTRAQUEALES LASER-SHIELD®**

• **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.

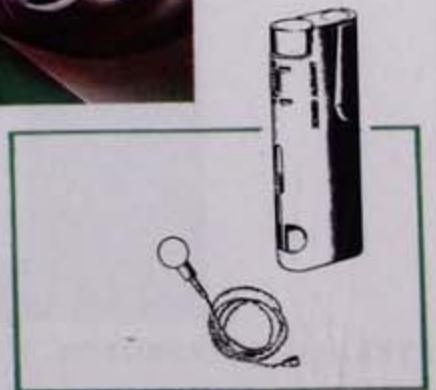
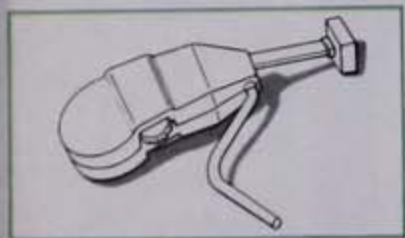
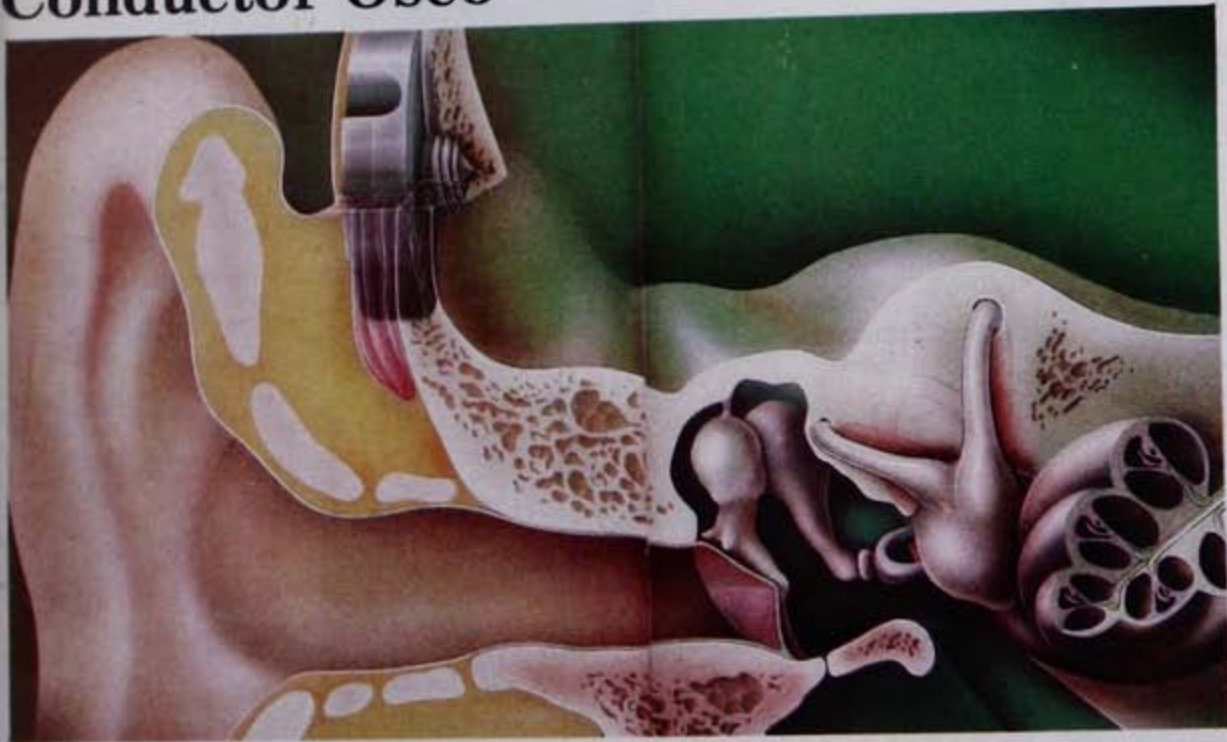
FAX: 682-67-01
TELS. 536-44-34 523-98-22
525-36-81 543-48-64



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

Medtecon
Instruments
ALEMANIA

Hnsy Corporation (HNSY)
ALEMANIA

HEINE
OPTOTECHNIK
ALEMANIA

BOSCH
ALEMANIA

AMANN
CHIRURGISCHE INSTRUMENTE
ALEMANIA

Tecten Corporation
USA

ZEISS
Alemania

MATERIAL QUIRURGICO
INSTRUMENTAL PARA MICROCIURUGIA
EQUIPO MEDICO

SOLICITE NUESTRO CATALOGO ILUSTRADO

INDUSTRIA DE INSTRUMENTACION
MICROCIRUGIA S.R.L. DE C.V.



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

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

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

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
1g



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



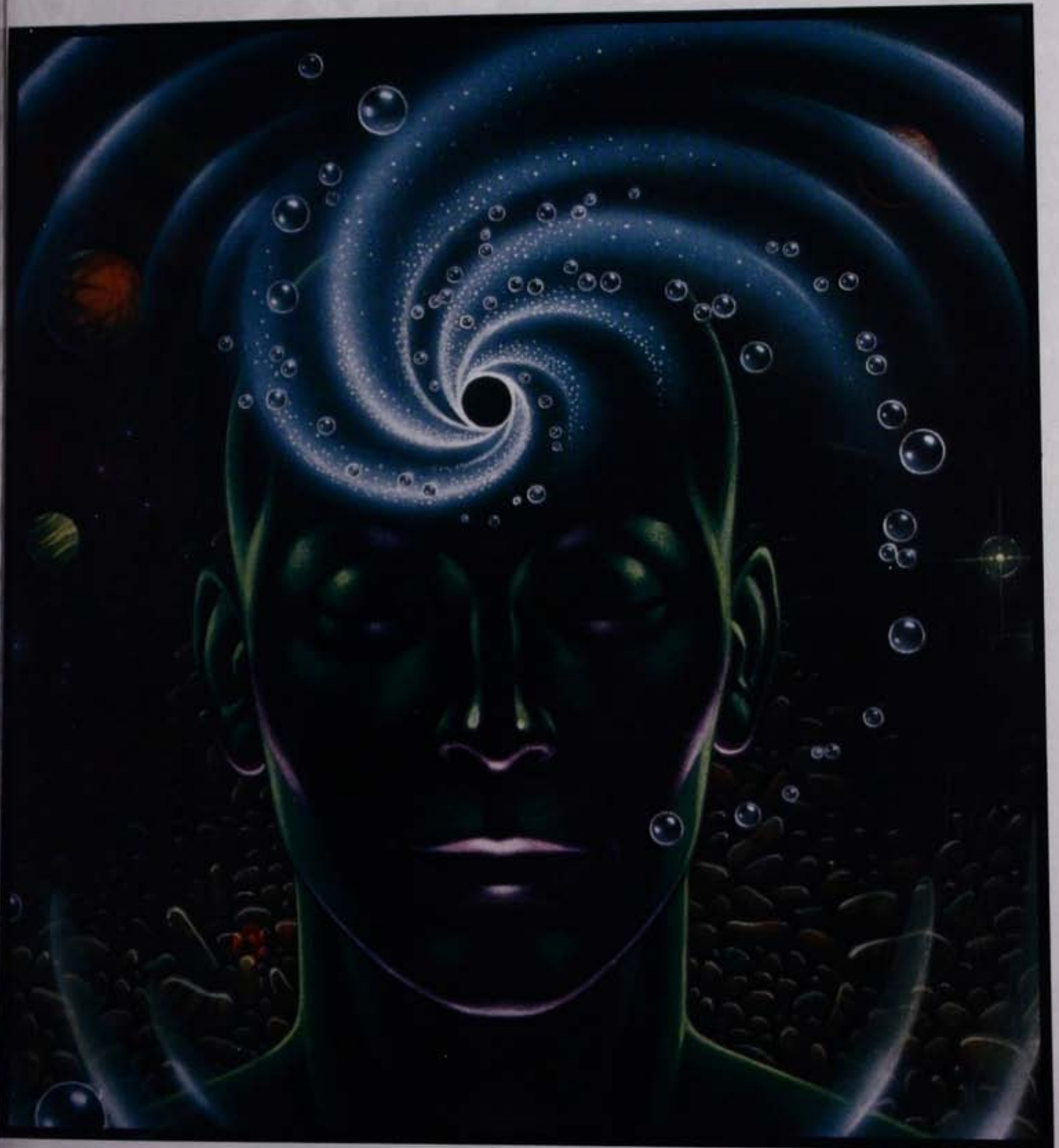
9a. razón

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

Hydergina[®] 4.5 mg



Los niños con infecciones de las vías respiratorias,
amigdalitis, faringitis, otitis y bronquitis,
se alivian ... con

FLANAX[®]



Por su acción

- Antiinflamatoria
- Antiexudativa
y asociado
al antibiótico
de elección
- Facilita
la penetración
del antibiótico
- Alivia
la molesta
sintomatología

- Reincorpora
en menor tiempo
a los niños
a sus actividades
normales

Una
presentación
para cada edad

Suspensión
Cápsulas y
Supositorios

Más de 10 años de experiencia avalan su eficacia

FLANAX

 SYNTEX

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

ANALES

VOL. XXXV

México, Diciembre, Enero y Febrero de 1990

Número 1

FUNDADA EN 1949

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

Director-Editor

Dr. Rafael García Palmer

Consejo de Redacción

Dr. José Antonio Arroyo Castelazo

Dr. Miguel Arroyo Castelazo

Dr. Marco Fidel Ayora Romero

Dr. Enrique Azuara Pliego

Dr. Sergio Decanini Tornessi

Dr. Héctor de la Garza Hesless

Dr. Armando González Romero

Dr. Bernardo Grobeisen Roudy

Dr. Rafael Navarro Meneses

Dr. Antonio Soda Merhy

Dr. Víctor M. Reynoso y Delgado

Gerente General

Lic. Joaquín Bohigas

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO 1989-1990

Dr. José Ángel 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

De acuerdo a los Estatutos de nuestra Sociedad, la Comisión a Honor y Justicia junto con la Mesa Directiva de la Sociedad se reunieron hace unos meses para nombrar al Director-Editor de la Revista y consideraron reelegirme para un nuevo periodo de tres años al frente de los Anales de nuestra Sociedad. Agradezco el nombramiento y en la medida de mis fuerzas seguiré realizando las funciones propias de esta designación.

De acuerdo a las facultades que me otorga el Reglamento de la Revista he procedido a nombrar al Comité de Redacción donde se repiten algunos de los nombres e incorporamos a gente joven que asegure la continuidad de nuestro trabajo. Públicamente quiero agradecer a las personas que durante los anteriores tres años me han acompañado en este Comité, quiénes han corregido y han externado su opinión de una buena cantidad de trabajos y asuntos que llevan la realización de cada número.

Estamos viviendo un momento de la historia especialmente interesante, probablemente se está dividiendo al tiempo, el mundo sufre dramáticos cambios para adecuarse a cambios que hace un semestre no sospechábamos, es imposible predecir lo que mañana será una realidad, sin caer en ensoñaciones aparentemente irreales, los acontecimientos se suscitan a velocidades extraordinarias y superan con creces a esos sueños.

Nuestro país no está, afortunadamente, al margen de dichos cambios, el paso hacia la modernidad se ha convertido en un trote y a nuestro lado se concierta un país al menos diferente.

Ni nuestra Sociedad ni nuestra Revista están a un lado de esos cambios, existe la voluntad de adecuar nuestra publicación en varios aspectos, probablemente el principal es el de aumentar su tiraje, la industria química farmacéutica que es sin duda nuestro principal motor económico para la publicación de cada número vería con buenos ojos que se llegara a todos los otorrinolaringólogos del país, para ello, se tienen que cubrir muchos aspectos de listados, actualización de directorios, mayor trabajo secretarial, aumento de costos y aumento de cobros, etc.

Otros planes se tienen en la lista de prioridades, como es el deseo de estar incorporados este mismo año al Grupo de Revistas que participan en los Requisitos Uniformes para Publicaciones Médicas. Y el revisar los índices en los que nuestra publicación es considerada.

Sin embargo, la publicación tiene una materia prima, indispensable, que es la producción científica de los otorrinolaringólogos que nos publican, y de esta materia prima estamos y seguimos escasa, no podemos ni siquiera soñar en aumentar la periodicidad y la calidad de las publicaciones, no está directamente en nuestras manos, sino apoyándola, a través de motivar a nuestros compañeros a publicar cada día mejores y más abundante material.

Dr. Rafael García Palmer

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

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

Sistema computarizado de manejo de datos clínicos en otorrinolaringología

Resumen.- Se presenta un sistema computarizado de archivo clínico electrónico, que permite extraer información muy variada de un gran número de pacientes con afecciones otorrinolaringológicas. El programa logra almacenar y posteriormente valorar, datos muy diversos como son: la ficha de identificación, el análisis estadístico referente a la edad y el sexo, la relación de enfermos en determinado lapso o según la región anatómica afectada, los síntomas y signos, la cronología de los padecimientos, la etiología y el tratamiento empleado. Se puede así mismo obtener el expediente sintetizado de determinado paciente.

La base de datos utilizada en este programa es un sistema relacional. Su

aplicación ha demostrado entre otras cosas, la posibilidad de hacer análisis retrospectivos, que permiten valorar el proceso médico, tanto en lo que se refiere al diagnóstico como al tratamiento.

Adicionalmente este programa fomenta en el cuerpo médico, el pensamiento lógico y ordenado para hacer un diagnóstico. Finalmente mantiene una retroalimentación continua sobre la incidencia y prevalencia de las distintas enfermedades otorrinolaringológicas.

Palabras clave: *archivo clínico, computación.*

Summary.- An electronic computer system to organize Otorrhinoaryngologic clinical records is proposed. The program permits the storage and analysis of a great deal of information like : identification card, statistical evaluation about age and sex, patients attended during a particular lapse of time, cronology, etiology and treatment of different diseases. The record of any particular patient can be obtained.

Dr. Gonzalo CORVERA-BEHAR *
Dr. Pelayo VILAR-PUIG **

Data base used in this program was a relational system. The program has proved to be useful in different retrospective analysis, that is the best way to evaluate the medical process concerning diagnosis and treatment.

Additionally this program improves the logic thought in medical staff to integrate diagnosis. Finally is an excellent way to know the incidence and prevalence of various Otorhinolaryngological diseases.

INTRODUCCION

Llamamos "archivo clínico" a la colección de expedientes asignados a cada paciente que es visto en la consulta de algún médico en particular o en el caso de un hospital o clínica, por un servicio médico constituido por varios facultativos inclusive de diversas especialidades. La función más inmediata que cumple dicho archivo es el de mantener accesible la información referente a las consultas previas cuando un paciente acude a control, ya que evidentemente no es posible que el médico pueda recordar todos los datos en cuanto a diagnós-

* Ex-Jefe de Residentes. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Central Sur Pemex. México D.F.

** Profesor de Otorrinolaringología. Facultad de Medicina. UNAM. Jefe del Servicio de Otorrinolaringología. Hospital

ticos postulados, tratamientos impartidos, respuestas obtenidas, resultados de estudios practicados, evaluaciones de otros especialistas, y demás datos que se acumulan para cada paciente y de los que dependen otra serie de consideraciones que se realizan en cada consulta. A esto le agregamos que no siempre será el mismo médico el que atienda en cada consulta a un paciente determinado, particularmente en el caso de la medicina institucional, y encontramos que no es posible el funcionamiento de un servicio médico sin la existencia de el expediente clínico.

La segunda función que cumple el archivo clínico se desprende de la capacidad de tener almacenados los datos pertinentes a cada paciente que es atendido a lo largo de los años. Esto no tiene una aplicación tan inmediata, pero no por ello es menos importante, ya que de ella depende en parte la evolución y mejoría continua de la atención médica a través de la evaluación retrospectiva de la misma.

La capacidad de retrospectión es esencial para el progreso de la medicina, tanto a nivel del médico individual como de la comunidad médica en general. Los estudios estadísticos retrospectivos cumplen en este sentido la importante función de analizar el proceso médico en su totalidad, para así poder criticar y mejorar la atención médica, tanto en lo que se refiere a diagnósticos como al tratamiento. Es a través del análisis del pasado como podemos encontrar errores, corregirlos, y evitar repetirlos.

El poder utilizar el archivo clínico en este sentido ya no implica recuperar el expediente de sólo un paciente, sino que requiere del análisis de un gran número de expedientes; primero se necesita determinar cuales formarán parte de algún estudio en particular, para posteriormente extraer de ellos las variables pertinentes. Al intentar llevar a cabo esto se

hace evidente que el archivo clínico como funciona en nuestras instituciones no cumple la función expuesta, o por lo menos la dificulta considerablemente. Así descubrimos que tener una gran cantidad de información a la mano no garantiza el acceso rápido a un dato en particular, algo análogo a lo que cualquiera que tenga un despacho desordenado conoce.

Para solucionar este problema se han ideado muchos métodos para ordenar la información, generalmente a través de ficheros, o algún sistema parecido. En los últimos 20 años ha habido un incremento rápido en la capacidad de almacenar información con máquinas electrónicas, y una disminución igualmente rápida en el costo del almacenaje, ello permite el manejo de grandes volúmenes de información en forma eficiente y rápida, lo que no se había logrado con métodos previos.

Otorrinolaringología del Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos.

DESARROLLO DEL SISTEMA

El sistema diseñado constituye un archivo electrónico en el cual se mantiene información acerca de la ficha de identificación de cada paciente (Figura 1), específicamente su nombre, edad, sexo, número de registro del derechohabiente y la fecha en que fue atendido por primera vez en el servicio.

Ligado a la ficha de identificación se archiva la información sobre el padecimiento por el que el paciente es atendido. Esto se desglosa en diagnóstico topográfico, diagnóstico cronológico, síntomas y signos, diagnóstico etiopatogénico y tratamiento impartido. Para evitar variaciones en la nomenclatura utilizada por los distintos médicos del servicio, ya que esto imposibilitaría la recuperación posterior de la informa-

NOMBRE (S):	
APELLIDO (S):	
EDAD:	AÑOS, MESES.
SEXO (M/F):	
FICHA DEL PACIENTE:	
FECHA DE ESTUDIO (MES/DIA/AÑO):	/ /
NÚMERO DE DIAGNOSTICOS (INTEGRALES):	

Figura 1

OBJETIVO DEL TRABAJO

El propósito del presente trabajo fue el de desarrollar y llevar a la práctica, un sistema computarizado para facilitar la obtención de información referente a los pacientes atendidos en el servicio de

ción, los diagnósticos respectivos se encuentran enlistados previamente en la hoja que se utiliza para vaciar los datos de cada paciente (Apéndice A). El médico que llena la hoja sólo marca las opciones que se aplican al caso en particular, a excepción del apartado de "Diagnóstico integral" en donde se es-

Ejemplos de opciones:

- Crear la pirámide de población de pacientes atendidos en el servicio (relación edad/sexo)
- Determinar cuantos pacientes son atendidos en un mes
- Determinar el mes de mayor número de consultas
- Etc.

Figura 2

Ejemplos de opciones individuales:

- Relación de pacientes estudiados por problema septal
- Relación de pacientes estudiados por acúfeno
- Relación de pacientes con neoplasias malignas
- Etc.

Figura 3

Ejemplos de combinaciones:

A) Entre diagnósticos topográfico y etiológico:

- 1) Pacientes con afección nasal de etiología inmunológica
- 2) Pacientes con padecimientos infecciosos inespecíficos de oído medio.
- 3) Pacientes con tumores malignos de senos paranasales.
- 4) Etc.

B) Con otros diagnósticos:

- 1) Pacientes con malformación (signo) congénita (etiología) de oído medio (topografía).

Figura 4

cribe textualmente el mismo, que es almacenado de igual forma en la computadora.

De esta forma, como diagnóstico topográfico se tienen opciones correspondientes a las regiones anatómicas que pueden ser afectadas por los padecimientos que nuestra especialidad estudia. Se tienen enumeradas también opciones correspondientes a diagnóstico etiológico, a síntomas y signos, a diagnóstico cronológico y manejo establecido.

RECUPERACION DE LA INFORMACION ALMACENADA

El sistema es capaz de extraer información muy variada; en lo que se refiere a la ficha de identificación, se puede obtener del archivo un análisis estadístico referente a edad y sexo, una relación de pacientes vistos en un determinado lapso de tiempo, el expediente de algún paciente por nombre y/o ficha, o cualquier combinación de estas opciones (Figura 2). Asimismo, se puede solicitar del archivo una relación de pacientes estudiados con base a la afección de alguna región anatómica en particular, algún síntoma o signo específico, o cualesquiera de las opciones de manejo, etiología, etc., ya mostradas (Figura 3).

Además de esto, se pueden establecer relaciones entre los diferentes diagnósticos, para realizar la búsqueda con base a las combinaciones de los mismos. Las combinaciones más útiles son las realizadas entre diagnósticos topográfico y etiológico, sin embargo las posibilidades son ilimitadas cuando se combinan todos los demás diagnósticos, y es posible la búsqueda de cualquier patología específica (Figura 4).

Todas las opciones expuestas se pueden combinar con los datos de la ficha de identificación, para poder obtener con facilidad información referente

Cuál es el rango de edad en los pacientes con enfermedad de Ménière?

Cuál es la proporción relativa de sexo masculino a femenino en los pacientes con tumores malignos de laringe?

En que mes del año hay mayor número de consultas por rinitis alérgica?

Etc.

Figura 5

VENTAJAS ADICIONALES:

- Fomenta el orden y pensamiento lógico para integrar diagnósticos.
- Ayuda en la evaluación de criterios diagnósticos y terapéuticos en el servicio.
- Ayuda en la evaluación del nivel de formación e información en los residentes.
- Ayuda en el control de la calidad de la atención médica impartida en el servicio.

Figura 6

ESCALA DE COMPLEJIDAD DE LOS DIFERENTES DIAGNOSTICOS

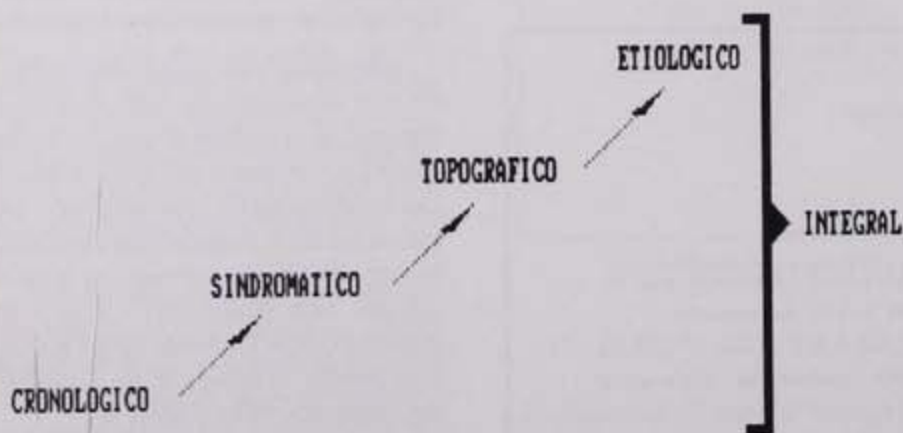


Figura 7

a edad y sexo de pacientes estudiados con algún diagnóstico en particular (Figura 5). Se puede extraer del archivo directamente el promedio y rango de edad, o la relación entre sexo masculino y femenino. De ser necesario más información, el sistema puede entonces proporcionar el nombre y número de ficha de los pacientes que serán estudiados, para entonces recobrar el expediente del archivo clínico del hospital. Es pertinente aclarar que el sistema no reemplaza al expediente clínico convencional de la Institución.

VENTAJAS ADICIONALES DEL SISTEMA

La utilización del sistema en nuestro servicio ha demostrado tener ventajas adicionales (Figura 6); fomenta la utilización del pensamiento lógico y ordenado para hacer un diagnóstico, permite la evaluación del cuerpo médico en cuanto a criterios de diagnóstico y terapéutica y al mantener una retroalimentación continua de la incidencia y prevalencia de las distintas enfermedades en nuestro medio, ayuda a establecer prioridades para la implementación de programas de capacitación técnica. Por otra parte, puede ayudar a detectar una incidencia desproporcionadamente alta de alguna patología con respecto a otras, sugestiva de falla en los algoritmos de diagnóstico y tratamiento (v.g. enfermedades idiopáticas).

En lo que respecta a la enseñanza de postgrado, se obtiene un parámetro más para la evaluación de los residentes, en cuanto al nivel obtenido en la escala constituida por los diagnósticos cronológico, sindromático, topográfico y etiológico, ordenados en forma ascendente del grado de preparación requerida para integrarlos en forma adecuada (Figura 7). El diagnóstico cronológico es el más sencillo, ya que requiere sólo del interrogatorio y es fácil de establecer en cualquier caso,

Indices para mantener orden alfabético

APELLIDO	NDX	(Apellidos de pacientes)
FECHA	NDX	(Fechas de estudio)
PACIASOC	NDX	(Claves de asociación)
TOPOASOC	NDX	(Diagnósticos topográficos)
NOSOASOC	NDX	(Diagnósticos nosológicos)
SINTASOC	NDX	(Signos y síntomas)
CRONASOC	NDX	(Diagnósticos cronológicos)
INTEGRAL	NDX	(Diagnósticos integrales)

Figura 10

HOSPITAL CENTRAL SUR PEMEX
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

CONTROL ESTADISTICO DE PACIENTES

MENU PRINCIPAL DEL SISTEMA

- 1) Captura de datos, paciente nuevo.
 - 2) Buscar y/o modificar algún registro.
 - 3) Borrar algún registro.
 - 4) Opciones de obtención de datos estadísticos.
 - 5) Re-indexar la base de datos.
 - 6) Respalidar en diskettes la base de datos.
- Q) Salir del sistema.

Opción:

Figura 11

Ejemplos de opciones:

- Crear la pirámide de población de pacientes atendidos en el servicio (relación edad/sexo)
- Determinar cuantos pacientes son atendidos en un mes
- Determinar el mes de mayor número de consultas
- Etc.

Figura 12

(Figura 10). Esto es necesario en el momento de seleccionar a los pacientes que cumplan un determinado requisito; por ejemplo, si se desea una lista de pacientes con hipoacusia, primero se abre el archivo de sintomatología y se localiza al primer registro en el cual está marcada dicha opción, de él se extrae la clave de asociación, se abre el archivo de ficha de identificación y se enlista el nombre, ficha, etc., del paciente a quien corresponde esa clave. Si las claves se encuentran desordenadas hay que buscar secuencialmente una por una, lo que en un archivo que en un momento dado puede contener decenas de miles de pacientes sería excesivamente tardado. Sin embargo, si las claves se ordenan alfabética o numéricamente, la búsqueda se encontrará en un máximo de 16 operaciones para un archivo de 100,000 pacientes. El tiempo que requiere la máquina para realizar 16 operaciones es bastante inferior a un segundo.

La organización expuesta de esta base de datos puede parecer complicada, sin embargo el usuario no necesita tener conocimiento acerca del mecanismo utilizado, ya que las opciones se escogen mediante un "menú" (Figuras 11 y 12). Las operaciones que no se encuentran establecidas en el "menú" pueden llevarse a cabo a través del sistema de manejo de base de datos.²²

RESULTADOS

La fase de desarrollo del sistema concluyó a finales del año 1986 y se inició un estudio piloto que abarcó los meses de enero y febrero de 1987. Con la información obtenida se implementó el programa de lleno en el servicio a partir del mes de marzo de ese mismo año. Como muestra del tipo de información que se puede obtener fácil y rápidamente del sistema, se anexan a continuación ejemplos, extraídos del banco computarizado del servicio (Figuras de la 13 a la 22).

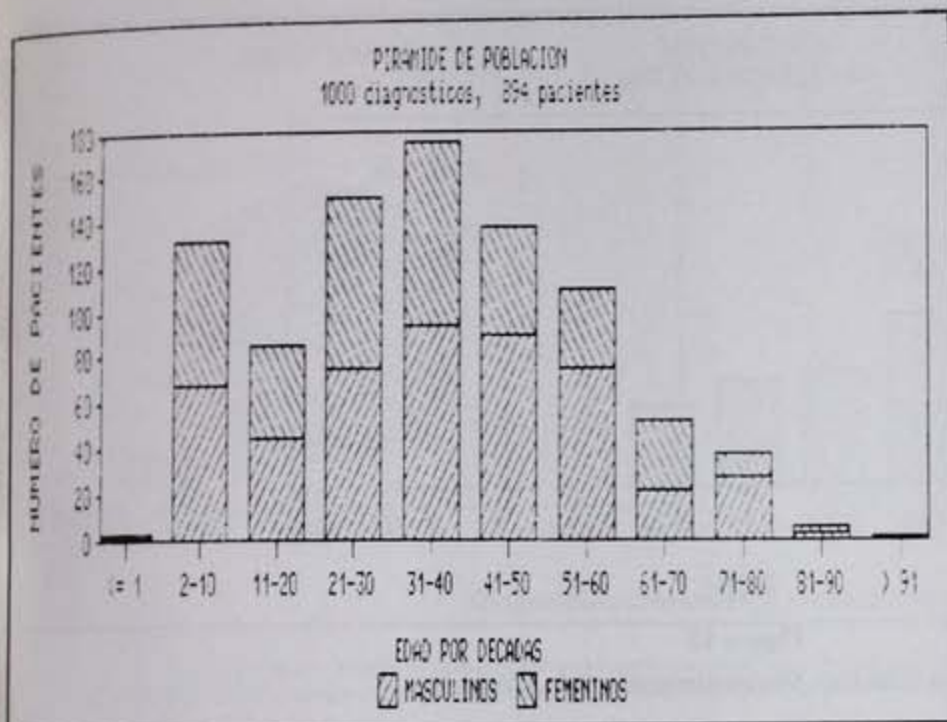


Figura 13

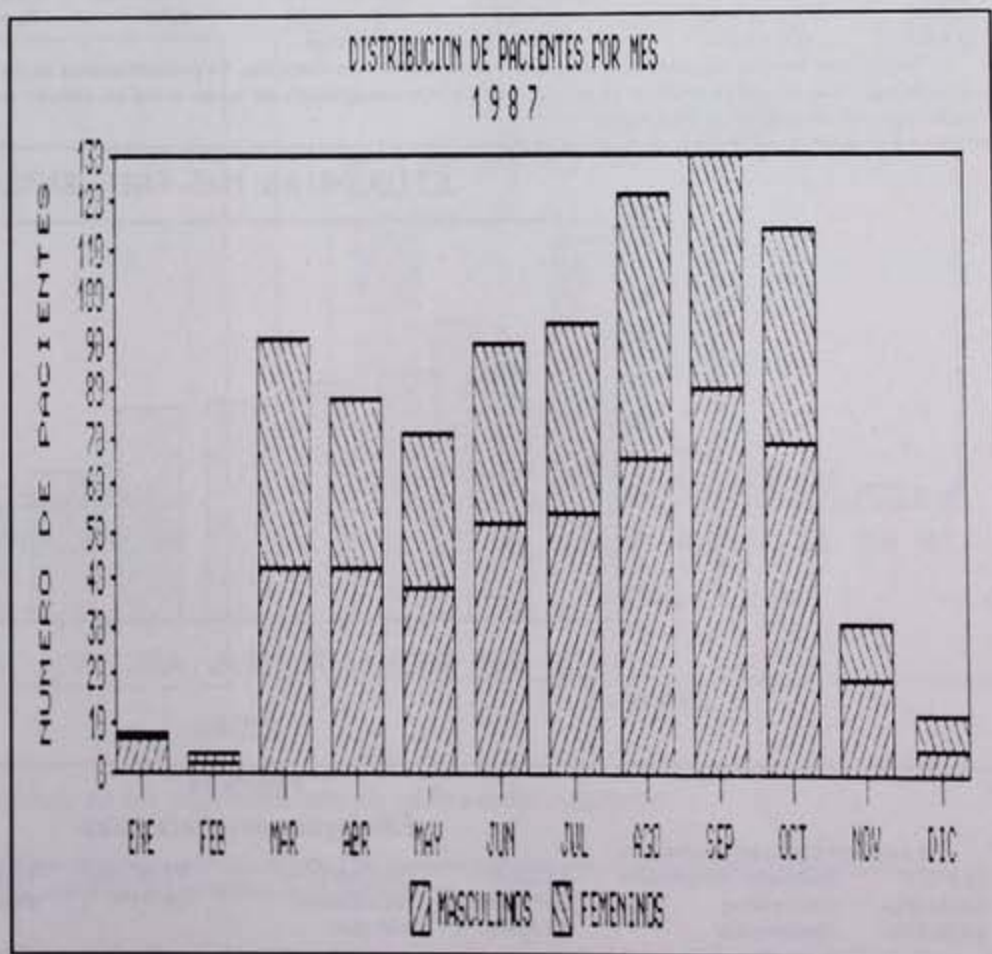
Pirámide de Población.

Se analizaron los primeros 1000 diagnósticos registrados en la base de datos. A ellos correspondieron 894 pacientes. La gráfica obtenida muestra una distribución bimodal, con modas en la primera y cuarta década de la vida, lo que concuerda con el tipo de población que se esperaba solicite atención de un servicio de otorrinolaringología. Observamos el pico mayor en la edad productiva joven, y una predominancia del sexo masculino sobre el femenino (504 vs. 390 pacientes).

Figura 14

Distribución de pacientes por mes

En esta gráfica observamos que el mayor número de consultas del servicio ocurre en los meses de agosto a octubre, circunstancia ya conocida en forma anecdótica. El escaso número de pacientes registrados para los meses de enero y febrero se debe a la implementación inicial en forma de estudio "piloto" en esos meses, y la baja en noviembre y diciembre a la fecha de corte realizada para este estudio. Conforme se continúe el uso del sistema, estos parámetros serán más fidedignos.



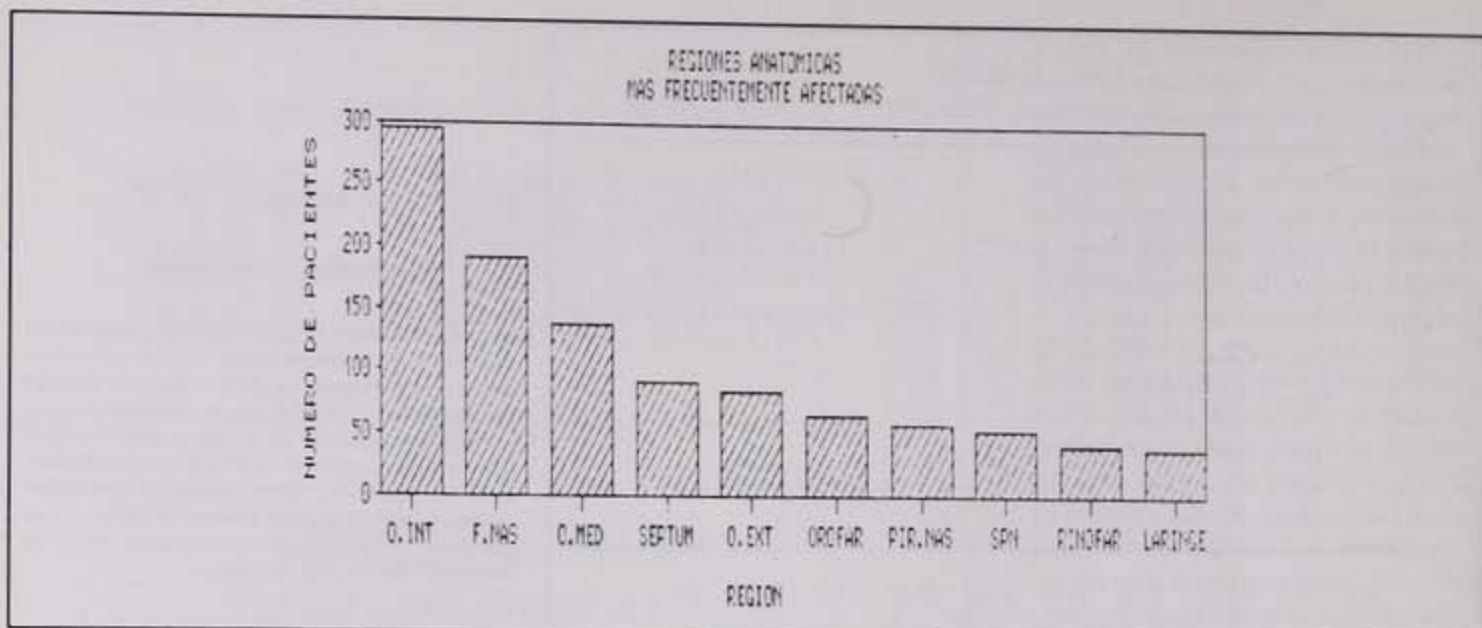


Figura 15

Regiones anatómicas frecuentemente más afectadas.

Las abreviaturas utilizadas son:

O.INT	Oído interno	SEPTUM	Septum nasal	PIR.NAS	Pirámide nasal	RINOFAR	Rinofaringe
F.NAS	Fosas nasales	O.EXT	Oído externo	SPN	Senos paranasales	LARINGE	Laringe
O.MED	Oído medio	OROFAR	Orofaringe				

Se ilustran las diez regiones anatómicas frecuentemente más afectadas. La predominancia de los padecimientos de oído interno van acorde con el tipo de patología que se espera maneje un servicio de otorrinolaringología de tercer nivel en nuestro medio, debidos también a la ausencia de servicios de audiología en los hospitales regionales.

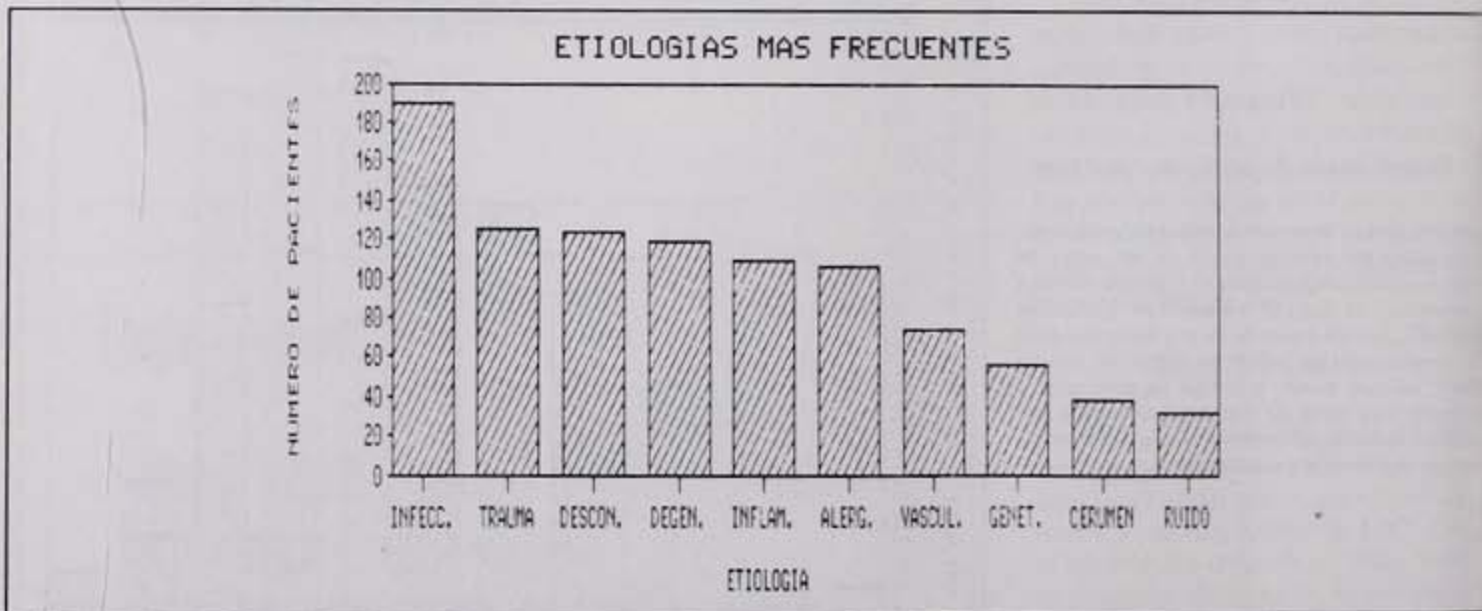


Figura 16

Etiologías más frecuentes.

Las abreviaturas utilizadas son:

INFEC.	Infección inespecífica	DEGEN.	Degenerativo	VASCUL.	Vascular	CERUMEN	Cerumen
TRAUMA	Traumático	INFLAM.	Inflamatorio	GENET.	Genético	RUIDO	Ruido
DESCON.	Deconocido	ALERG.	Alérgico				

Se grafican las diez etiologías más frecuentes, el predominio de enfermedades infecciosas puede relacionarse al tipo de población atendida en el aspecto socio-económico. Hay también una gran incidencia de patología traumática posiblemente relacionada con aspectos de tipo laboral.

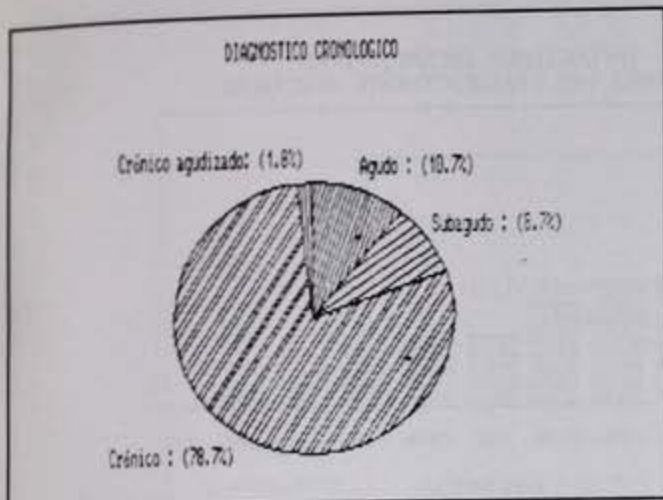


Figura 17

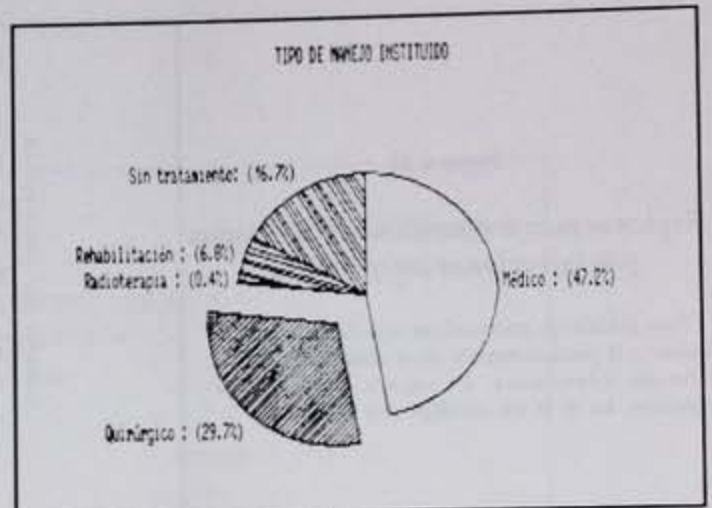


Figura 18

Diagnóstico cronológico y tipo de manejo.

La gran predominancia de padecimientos crónicos concuerda con el tipo de población que debe atender un servicio hospitalario de tercer nivel, asimismo la gran proporción de manejo quirúrgico.

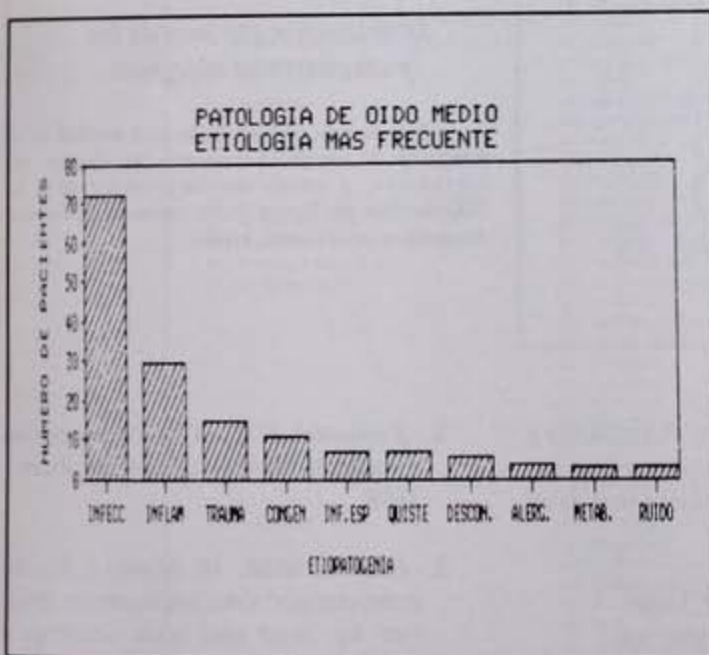


Figura 19

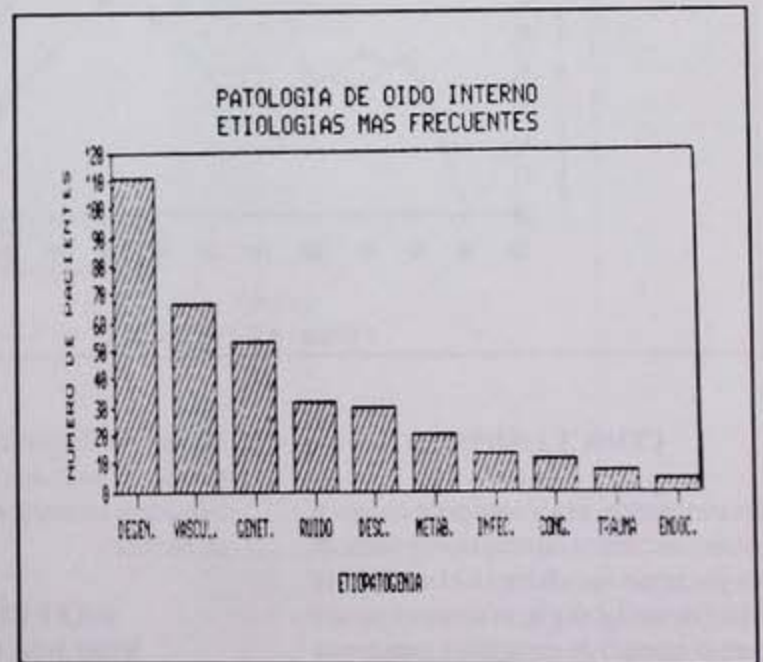


Figura 20

Etiología más frecuente en los padecimientos de oído medio e interno.

Como ejemplo de la versatilidad del sistema se desglosa la etiología en base a las regiones mencionadas, corroborando la predominancia de los padecimientos infecciosos en oído medio, contra los degenerativos en el oído interno.

Figura 21

Regiones más frecuentemente afectadas por infecciones inespecíficas.

Esta gráfica se correlaciona con la anterior, en cuanto a la predominancia de el oído medio como sitio de infecciones. Le siguen, como es de esperarse, las de la vía aerodigestiva superior.

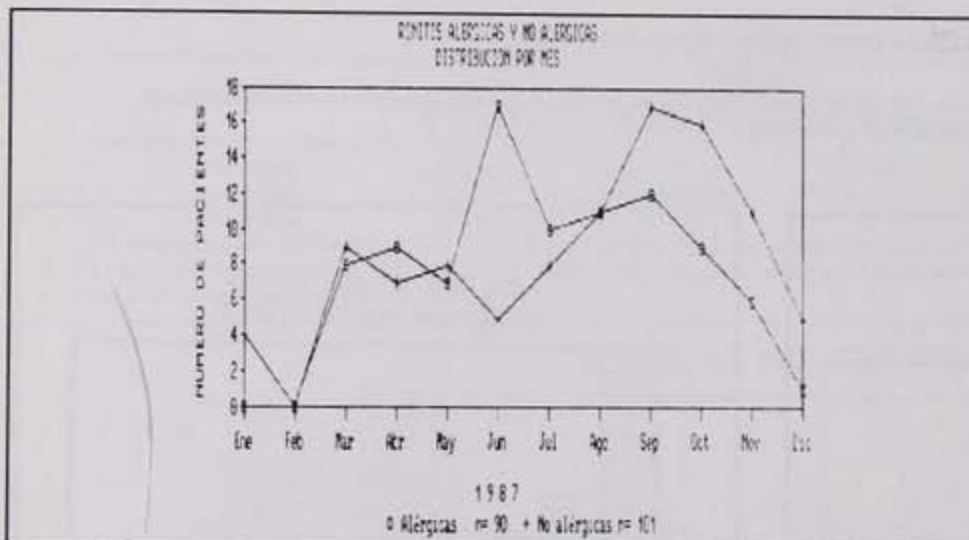
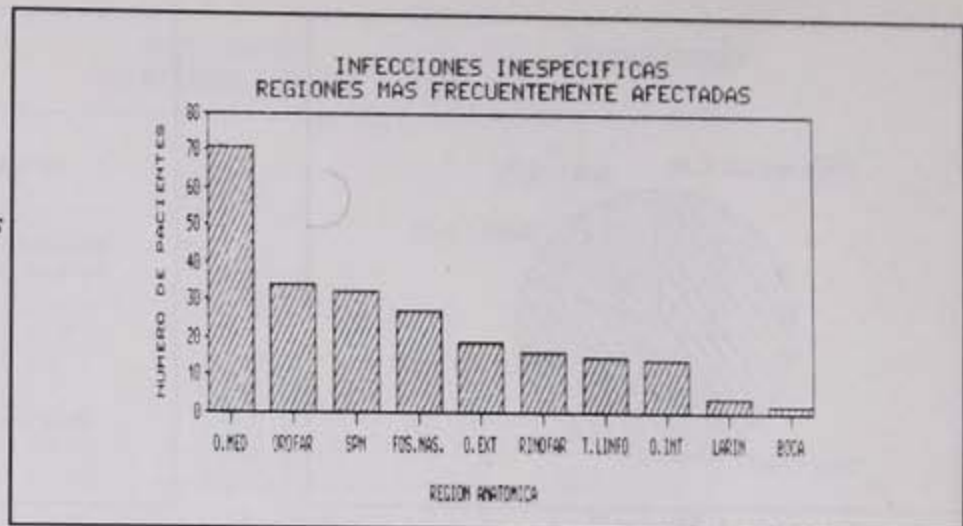


Figura 22

Distribución por mes de los padecimientos alérgicos.

Este tipo de análisis es de gran utilidad en la búsqueda de alérgenos causando las alergias estacionales, y puede ser importante para la elaboración de tratamientos inmunoterapéuticos específicos para nuestro medio.

CONCLUSIONES

En conclusión, el sistema permite llevar a cabo un control estadístico eficiente de los pacientes atendidos en el servicio de Otorrinolaringología, es sumamente útil para el manejo de cantidades numerosas de expedientes y proporciona una gran cantidad de información utilizable con fines estadísticos.

Es además útil en la enseñanza de postgrado para la formación de pautas

lógicas de diagnóstico y tratamiento y permite la evaluación continua de la calidad de la atención médica impartida en un servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Lesk M.: Computer software for information management/Scientific American 1984; 251: 114

2.- Lancaster F.W.: Toward paperless information systems./Academic Press. 1978

3.- Fletcher M.M., Mc Manus C.D.: A computerized data management system for head and neck oncology. Laryngoscope 1987; 97: 1422-1429.

APENDICE A

HISTORIA CLINICA - HOJA DE ESTADISTICA

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA H.C.S.C.N.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 FICHA: _____ FECHA: _____

DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO:	SINTOMAS Y/O SIGNOS	DIAGNOSTICO ETIOLOGICO:
1- LADO DERECHO	1- ACUFENO	1- CERUMEN
2- LADO IZQUIERDO	2- AFASIA	2- COLESTEATOMA
3- OIDO EXTERNO	3- ALGIACUSIA	3- CONGENITO
4- OIDO MEDIO (INC. TUBA TIMPANICA)	4- ASINTOMATICO	4- CUERPO EXTRANO
5- OIDO INTERNO	5- ATRESIA (CAE, COANAS, ETC)	5- DEGENERATIVO
6- VIAS CENTRALES	6- CUERPO EXTRANO	6- DESCONOCIDO
7- NERVIOS CRANEALES	7- GACOSMIA	7- ENDOCRINO
8- PIRAMIDE NASAL	8- DEFORMIDAD / MALFORMACION / DESVIACION	8- GENETICO
9- FOSAS NAALES (INC. COANAS)	9- DIPLACUSIA	9- INMUNALERGICO
10- SEPTUM	10- DISARTRIA	10- INFECCION ESPECIFICA
11- SENOS PARANASALES	11- DISFAGIA (NO ODINOFAGIA)	11- INFECCION INESPECIFICA (INC. VIRAL Y BACTERIANA)
12- VIAS LACRIMALES	12- DISFEMIA	12- INFLAMACION
13- CARA Y/O MACIZO FACIAL (INCLUYE A.T.M.)	13- DISFONIA / AFONIA	13- METABOLICO
14- GLANDULAS SALIVALES	14- DISGEUSIA / AGEUSIA	14- NEOPLASIA BENIGNA
15- BOCA - INCLUYE DESDE VESTIBULO ORAL HASTA PALADAR DURO (CLASIF. A.J.C.)	15- DISLALIA	15- NEOPLASIA MALIGNA
16- OROFARINGE	16- DISLEXIA	16- PARASITARIO
17- RINOFARINGE	17- DISNEA / APNEA	17- PSICOGENO
18- HIPOFARINGE	18- DOLOR	18- PSEUDOTUMOR
19- LARINGE	19- EXPECTORACION	19- QUISTE
20- TRAQUEA	20- ESTORNUDOS	20- RUIDO
21- BRONQUIOS	21- FIEBRE	21- SIMULACION
22- ESOFAGO	22- FISTULAS	22- TOXICO
23- CUELLO (INC. COLUMNA CERVICAL)	23- HALITOSIS	23- TRAUMATICO
24- TEJIDO LINFOIDE	24- HEMORRAGIA	24- VASCULAR
25- CAVIDAD / CONTENIDO CRANEAL	25- HIPOACUSIA / ANACUSIA	
26- CRANEO (HUESOS DEL)	26- HIPOSMIA / ANOSMIA	
27- GENERALIZADA	27- INESTABILIDAD (INC. LATEROPULSION)	
	28- LICUORREA (LCR)	
	29- NISTAGMUS	
	30- OBSTRUCCION (NASAL U OTRA)	
	31- OTOCEROSIS	
	32- OTORREA	
	33- PARACUSIA	
	34- PARALISIS / PARESIA	
	35- PARESTESIA / ANESTESIA	
	36- PERFORACION	
	37- PRURITO	
	38- REGURGITACION	
	39- RETRACCION (TIMPANICA, ETC)	
	40- RETRASO DEL LENGUAJE	
	41- RINORRUEA	
	42- RINORREA (ANT. Y/O POST.)	
	43- SEQUEDAD, COSTRAS	
	44- SALORREA	
	45- TOS	
	46- TUMOR / CRECIMIENTO	
	47- ULCERA	
	48- VERTIGO	
	49- VOMITO / NAUSEA	
DIAGNOSTICO CRONOLOGICO:		MANEJO:
1- AGUDO		1- TRATAMIENTO MEDICO
2- SUBAGUDO		2- TRATAMIENTO QUIRURGICO
3- CRONICO		3- FISIOTERAPIA
4- CRONICO AGUDIZADO		4- REHABILITACION
DIAGNOSTICO INTEGRAL:		MEDICO QUE DESCARTO LA HOJA:

Hipoacusia Ocupacional Barotraumática: Estudio en Buceadores "a Pulmón"

Dr. Arsenio ALVAREZ ALVAREZ *

Resumen. Se realizó un estudio de la audición en 59 sujetos que constituían el universo de pescadores, pertenecientes a un combinado pesquero industrial cuya labor consiste en capturar langostas mediante el buceo sin equipo de inmersión, es decir, utilizando el aire inspirado.

El universo se dividió en dos grupos: el primero con una X de 23 años de edad y 3 años como promedio en la profesión; el segundo con una X de 34/9 años de edad y un promedio de 13/2 años en el buceo.

Se encontró una proporción significativa de buceadores afectados de hipoacusia sensorial barotraumática en el grupo con más de 30 años de edad ($X^2 = 9,70$; $\alpha = 0,01$) y con más de 10 años en la profesión ($p = 0,00027$ menor que 0,01).

Se hacen algunas consideraciones etiopatogénicas y se recomiendan medidas preventivas.

Palabras clave: barotrauma, audiología, hipoacusia

INTRODUCCION

La hipoacusia barotraumática era ya conocida al final del pasado siglo como resultado de diversas investigaciones realizadas durante la construcción de presas¹. Posteriormente Tohts², reportó a 69 sujetos con trastornos auditivos cuando se construyó el túnel del Elba.

La hipoacusia barotraumática se observa en aviadores y en trabajadores subacuáticos, es decir, aquellos que laboran en cajones sumergibles y en buceo.

El buceo sin equipo de oxígeno, o como simplemente le llamamos: buceo "a pulmón", fue la forma de inmersión primitiva y hace muchos años estos especialistas eran utilizados como nadadores de combate³. Actualmente, estas personas trabajan recogiendo perlas, corales y conchas del mar o en la captura de langostas.

Los buceadores japoneses y coreanos descienden a profundidades hasta de 18 metros y permanecen en la misma durante unos 60 segundos. Las limitaciones fisiológicas a este tipo de buceo pueden deberse la mala visión, generalmente corregida con la utilización de lentes especiales; y la resistencia del tórax y pulmones a la compresión. La acumulación de gases inertes disueltos en los tejidos que conduce a los accidentes durante una descompresión rápida, se observa sólo durante actividades subacuáticas con equipos de aire comprimido.

La hipoacusia barotraumática suele dividirse en dos formas clínicas: el barotrauma del oído medio, que es el resultado de la acción mecánica directa sobre el tímpano del aumento de la presión del agua y la subsiguiente presión negativa en el oído medio; y el barotrauma del oído interno que es la forma clínica originada por una descompresión rápida, o sea, un ascenso rápido a la superficie. Esto conlleva que el nitrógeno acumulado en los tejidos, pase a la sangre donde forma burbujas y embolias gaseosas que pueden obstruir los vasos laberínticos y lesionar el neuroepitelio del oído interno. Los síntomas que se presentan son acúfeno, vértigo intenso y pérdida auditiva.

* Especialista de 2do. Grado en Otorrinolaringología, Investigador Auxiliar, Jefe de la Sección de O.R.L. Instituto de Medicina del Trabajo "Julio Trigo", Ciudad Habana, Cuba.

MATERIAL Y METODO

El presente estudio se realizó en el universo de pescadores (N=59) pertenecientes a un combinado pesquero industrial, cuya labor consiste en capturar langostas mediante el buceo sin equipo de inmersión, es decir, utilizando el aire inspirado. Su trabajo tenía lugar a profundidades hasta de 12 metros, donde permanecían entre 10 y 30 segundos; luego de varios minutos de descanso, repetían esta actividad entre 75 y 100 veces en una jornada laboral de 6 u 8 horas.

Estos trabajadores fueron ingresados en la sala de enfermedades profesionales del Instituto de Medicina del Trabajo y se les realizó, entre otros, un examen otorrinolaringológico y determinación de los umbrales de audibilidad. Ninguno de los sujetos tenía antecedentes de trastorno auditivo al ingresar en el combinado pesquero según el examen médico de aptitud.

El examen de la audición se efectuó en horas de la mañana, en una cámara audiométrica, con un audiómetro Danplex CA-90 calibrado según norma ISO correspondiente⁴ y por un técnico audiometrista competente.

RESULTADOS

En la tabla 1 y 2, aparecen la edad y el tiempo en la profesión del universo de buceadores estudiados. Obsérvese que los dos grupos (hasta 30 años y de más de 30 años de edad, respectivamente) son personas jóvenes (la X de edad es de 23 años para el primero y de 34,9 años para el segundo). Sin embargo, sí existe una diferencia entre los citados grupos, en lo que respecta al tiempo en la profesión: el de menos de 30 años de edad, sólo llevaba 3 años como promedio, mientras que el de más de 30 años de edad, tenía una experiencia laboral de 13/2 años como promedio.

En la tabla 3, vemos cómo influye el tiempo en la profesión en la génesis de la hipoacusia: la mayoría de los

buceadores afectados (5 para un 29.4%) pertenecen al grupo de 10 o más años en la actividad, constituido por 17 sujetos. La prueba de Chi cuadrado arrojó que este resultado es muy significativo ($X^2 = 9.70$ con 1 grado de libertad y un alfa = 0.01).

En la tabla 4, se muestra la relación de la hipoacusia con la edad. Nótese que la totalidad de los buceadores afectados (6 para un 35.3%), pertenecen al grupo de más de 30 años de edad, integrado también por 17 sujetos. La prueba de la probabilidad exacta de Fisher evidenció que este resultado es altamente significativo ($P=0.00027$ para un alfa=0.01).

En la tabla 5 aparecen los valores promedios y sus desviaciones standard, del umbral de audibilidad en los buceadores afectados con hipoacusia que, en la totalidad de los sujetos, fue de tipo sensoneuronal. Dichos valores se objetivizan más en el gráfico 1. Como se puede constatar, la hipoacusia promedio sufrida por los buceadores en cuestión, es de grado moderado.

TABLA 1

BUCEADORES "A PULMON"			
EDAD DEL UNIVERSO			
Edad	No.	X	SD
Hasta 30 años	43	23.0	3.1
Más de 30 años	16	34.9	5.1
Tot. 59			

TABLA 2

BUCEADORES "A PULMON"			
TIEMPO EN LA PROFESION DEL UNIVERSO			
Edad	No.	Tiempo en la profesión (años)	
		X	SD
Hasta 30 años	43	3.0	3.0
Más de 30 años	16	13.2	3.8
Tot. 59			

TABLA 3

BUCEADORES "A PULMON"					
HIPOACUSIA SEGUN TIEMPO EN LA PROFESION					
T. en la Prof.	Sin H.	Hipoacusia			Total
		%	Con H.	%	
Menos de 10 años	41	97.6	1	2.4	42
10 o más años	12	70.6	5**	29.4	17
Total. 53		89.8	6	10.2	59

** Muy Significativo
X² = 9.70 alfa = 0.01

TABLA 4

BUCEADORES "A PULMON" HIPOACUSIA SEGUN EDAD					
Edad	Hipoacusia		Con H.	%	Total
	Sin H.	%			
Hasta 30 años	42	100.0	0	0	42
Más de 30 años	11	64.7	6**	35.3	17
Tot.	53	89.8	6	10.2	59

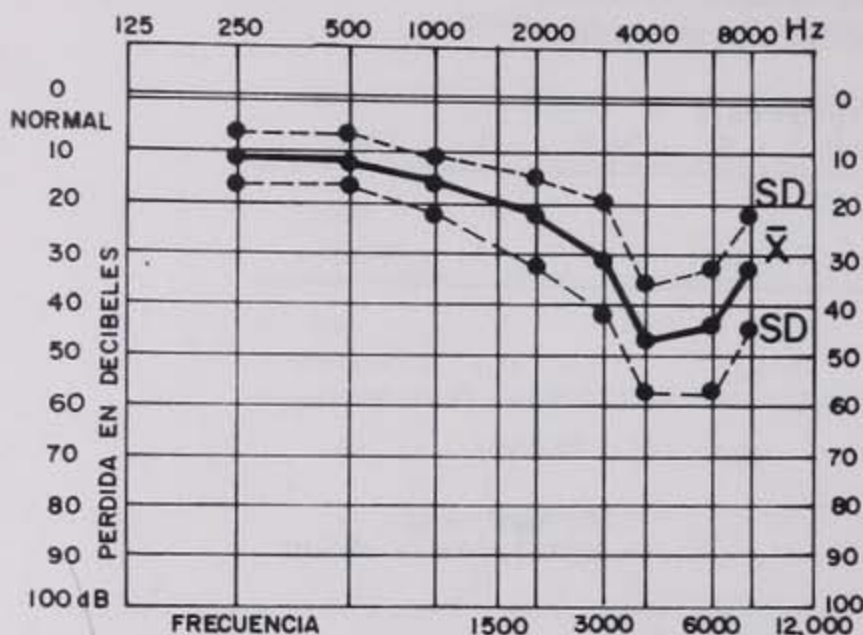
** Muy Significativo
p = 0.00027 menor que alfa 0.01

TABLA 5

BUCEADORES "A PULMON" CON HIPOACUSIA: VALORES X Y SD DEL UMBRAL DE AUDIBILIDAD EN EL OIDO MAS AFECTADO								
Pérdida Auditiva (dB)	Frecuencia (Hz)							
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
X	10.8	12.5	15.8	22.5	32.5	47.5	45.0	34.2
SD	3.7	5.2	6.0	8.0	11.0	10.0	14.0	12.0

GRAFICO No 1

UMBRAL DE AUDIBILIDAD PROMEDIO EN EL OIDO MAS AFECTADO



FUENTE : TABLA 5

DISCUSION

El ánimo de esta investigación fue realizar un estudio preliminar de la audición en un grupo de buceadores "a pulmón". No encontramos en nuestro país ningún informe nacional sobre este tema y al parecer en el extranjero tampoco es mucha la bibliografía al respecto, de manera que resulta difícil comparar los resultados del presente estudio.

Es bien conocido que en otros tipos de buceo (aqualung y escafandra), pueden sufrirse hipoacusia y vértigo debido a embolia gaseosa de nitrógeno o a un incremento de la presión gaseosa en la trompa de Eustaquio y en el oído medio con lesión subsiguiente del laberinto membranoso^{7,8}.

Consideramos que en nuestro grupo, además de este último mecanismo patógeno, también participaron las altas tensiones arteriales encontradas durante el buceo y posteriormente en reposo en este mismo universo de pescadores (22 para un 37.2%), por fisiólogos del Instituto de Medicina del Trabajo. Cualquiera que sea el mecanismo patogénico, los buceadores "a pulmón", también pueden sufrir daño auditivo por su profesión.

CONCLUSIONES

1.- Se constata la existencia de hipoacusia sensorial barotraumática de origen ocupacional, en una proporción significativa de los buceadores en apnea ("a

pulmón"), con más de 30 años de edad y más de 10 años en la profesión.

2.- Como medida preventiva, deben hacerse exámenes médicos periódicos que incluyan audiometría para poder detectar a los sujetos afectados de la audición y cambiarlos de puesto de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Berendes, J.; Link, R. y Zöllner, F.: Tratado de Otorrinolaringología, Vol 3, Partes I y III. Barcelona, Ed. Científico Médica, 1969, p. 932-937 y 2611.
- 2.- Ob cit en 1
- 3.- O.I.T.: Enciclopedia de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo. Vol 1, Madrid, Ed. Instituto Nacional de Previsión, 1974, p. 287-289.
- 4.- I.S.O. 389-1975 (E): Acoustics - Standard Reference Zero for the calibration of pure-tone audiometers.
- 5.- Douglas, J.D.: Medical Problems of sport diving. British Medical Journal, 1985. 291: 1224-1226.
- 6.- Cousteau, J: The Ocean World of Jacques Cousteau. Guide to the sea. World Publishing, Times mirror, New York 1979.
- 7.- Mac Fie, C.: ENT problems of diving. Med Serv. J. Can 1964 20: 845-861.
- 8.- Eichel, B. and Landes, B.: Sensorineural hearing loss caused by skin diving. Arch. Otolaryngol. 1970 92: 128-131.

CASOS CLINICOS

Neurinomas del Cuello. Presentación de dos casos

Dr. Luis Enrique ARÁMBURO TIRADO *
Dr. Guillermo RODRÍGUEZ Y RODRÍGUEZ *
Dr. Lorenzo CURIEL ACEVES *

Resumen.- Se presentan dos casos de neurinomas de localización cervical; uno de ellos parafaríngeo y otro afectando al nervio vago. Resaltamos sus aspectos clínicos así como el tratamiento empleado en los mismos.

Palabras claves: Neurinomas; cuello; espacio parafaríngeo y nervio vago.

Summary.- Two neurinoma cases of cervical location are presented. One of them parapharyngeal, the other one involving the vagus nerve. Clinical manifestations and treatment used are emphasized.

INTRODUCCION

Los neurinomas, también llamados frecuentemente neurilemomas o Schwannomas, son tumores de origen nervioso

cuyo punto de partida es la vaina de Schwann, estructura neuroectodérmica que recubre los axones neuronales en los nervios periféricos. Por lo regular son de naturaleza benigna, aunque pueden presentar también carácter infiltrativo y producir metástasis a distancia, comportándose como verdaderos fibrosarcomas de nervios periféricos.

Su aparición puede ocurrir a cualquier edad; sin embargo, parece ser que son más frecuentes en la edad media de la vida. La incidencia en relación al sitio de presentación varía según los diferentes autores y la benignidad del tumor. Así, tenemos que Das Gupta y colaboradores¹ encuentran que un 44.8% de una casuística de 303 casos de tumores benignos, está localizado en la cabeza y cuello, por su parte, para Katz y colaboradores² sólo el 25% de los casos tiene tal localización. Esto contrasta respecto a los neurinomas malignos, cuya incidencia es escasa en este sentido³.

Es evidente que las manifestaciones clínicas dependerán de la topografía y extensión de la tumoración; sin embargo no necesariamente señalan el lugar de asiento -fundamentalmente en el caso del cuello-, ya que éste puede estar en otro nervio próximo y desencadenar un fenómeno comprensivo, que es el que se

manifiesta. Es por esto que resulta difícil el precisar preoperatoriamente cuál es el nervio afectado. De cualquier manera, los neurinomas del cuello, tienen ciertas características muy peculiares a la palpación, entre las que se pueden resaltar las siguientes: su consistencia elástica inicial, pero que con el tiempo se torna indurada, aunque difícilmente pétreo, son además comúnmente encapsulados y su movilidad varía de acuerdo a su situación, de tal forma que en los altos y basales es típica de enclavamiento, mientras que si aparecen a nivel de la porción media del cuello, tal movilidad es notoria en el sentido transversal, pero no en el sentido vertical. Por otra parte, la piel tiene un aspecto normal y siempre es móvil sobre el tumor.

Los tumores nerviosos que nos ocupan suelen evolucionar muy lentamente y durante mucho tiempo permanecer asintomáticos. Cuando la tumoración es espontáneamente dolorosa y sin las características antes mencionadas, sino más bien vegetantes y de evolución rápida, debemos siempre sospechar malignidad⁵.

En un interesante trabajo de André y colaboradores⁶ se ponen de manifiesto la rareza de presentación, así como las diver-

*Departamento de Otorrinolaringología
Hospital "Dr. Angel Leño"
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Guadalajara



Figura 1

Mediante un abordaje cervical lateral transmandibular se expone la tumoración de aspecto blanco nacarado y bien encapsulada.

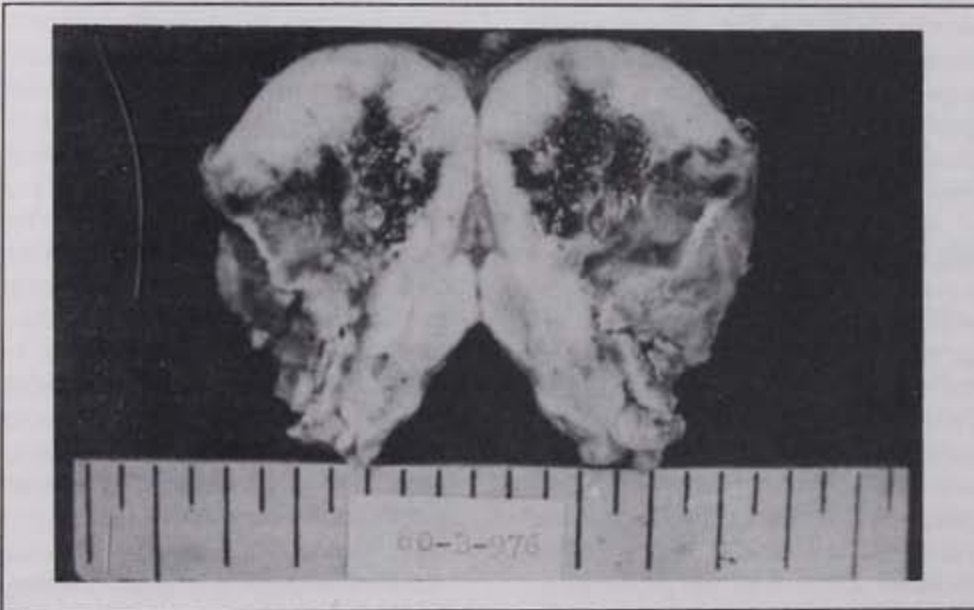


Figura 2

La pieza tumoral ha sido seccionada dividiéndola en dos partes. Obsérvese en la porción superior lo bien definido de sus bordes, sin embargo nótese lo irregular del resto, por la manipulación quirúrgica endobucal previa.

Las manifestaciones clínicas que pueden presentar los neurinomas del plexo braquial y cervical, entre las que destacan los dolores, que pueden ser espontáneos, permanentes o paroxísticos, localizados a la tumoración misma o irradiados al territorio del nervio dañado; dichos dolores parecen exacerbarse al palpar la

tumoración y a la vez efectuar movimientos cefálicos rotatorios.

Recientemente Barrón y colaboradores⁷ reportaron un caso de neurinoma del plexo cervical (Primero en la literatura nacional) con manifestaciones dolorosas

propias al tumor y con irradiación a áreas vecinas.

El diagnóstico de una masa en el cuello, constituye siempre un reto para el clínico; es por esto que dentro de las diversas posibilidades diagnósticas, debemos de tener en mente a los tumores nerviosos del cuello.

REPORTE DE LOS CASOS

CASO N° 1.- Masculino de 14 años de edad, al cual se le practicó una amigdalectomía un mes antes en otro centro hospitalario. Dicha intervención al parece fue indicada al acudir el paciente por una tumoración laterofaríngea izquierda de aproximadamente tres meses de evolución. Al momento de tal operación se produjo un cuadro hemorrágico, el cual no permitió terminar dicho procedimiento. El paciente permanece en hospitalización, llegándosele a practicar tres transfusiones sanguíneas de 500 c.c. cada una, antes de llegar a nosotros.

Al momento de explorarlo, encontramos la existencia de una tumoración parafaríngea posterior izquierda, con zonas maceradas y un área de corte en su porción anterosuperior. Además, a la palpación del cuello palpamos una masa indurada cervical alta del mismo lado -izquierdo- a nivel subparotídeo posterior. Ante tal situación se solicita tomografía computarizada observándose los bordes nítidos del tumor, así como la no afectación de las zonas vecinas.

Previa comprobación de que los estudios pre-operatorios de rutina (radiológicos y de laboratorio) se encontraban dentro de límites normales, se decide intervenir quirúrgicamente, realizando un abordaje cervical lateral transmandibular previa traqueotomía. El tumor tenía un aspecto blanco nacarado y estaba bien encapsulado tal y como se observa en la Figura 1 y 2, extirpándosele sin dificultad.

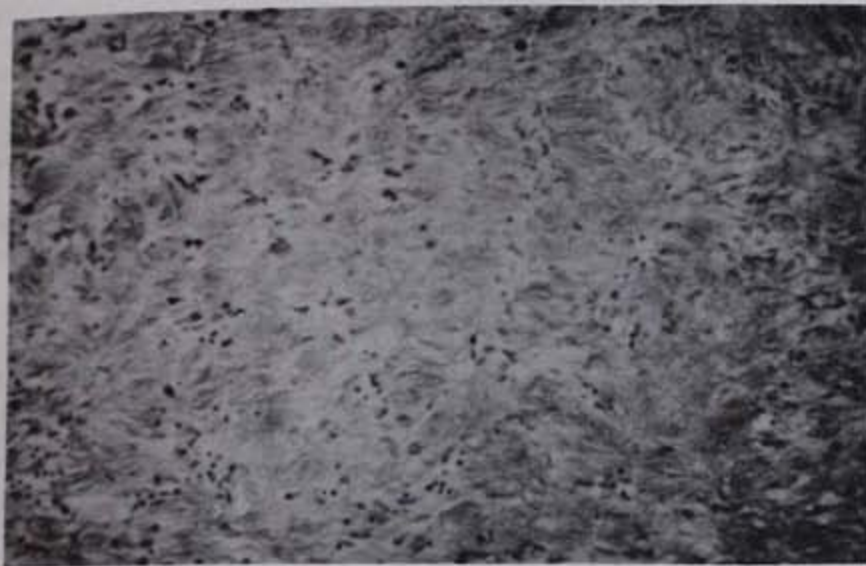


Figura 3

Microfotografía en la que las células tumorales presentan un aspecto "en empalizada". Estas formaciones al modo de células de Schwann son los nódulos de Verocay.

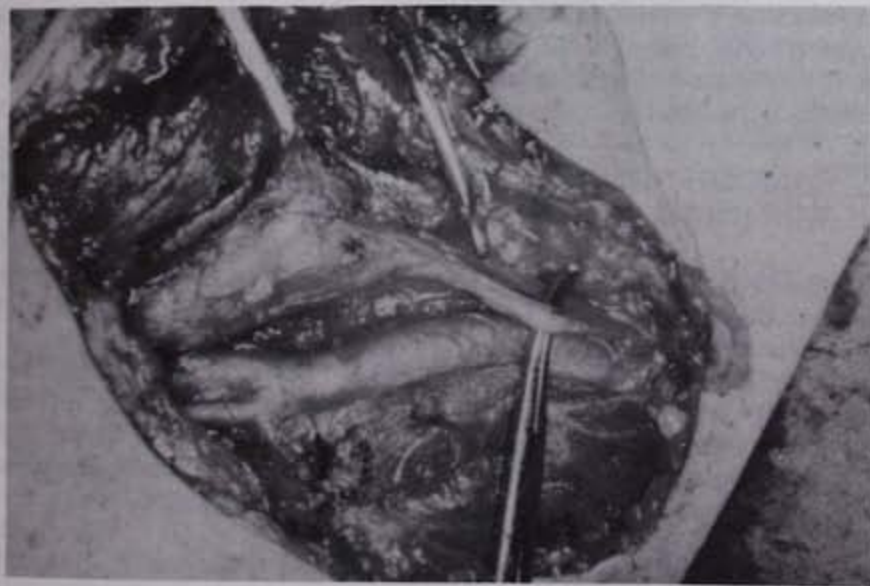


Figura 4

Tumoración del nervio vago, entre la vena yugular interna (arriba) y la carótida primitiva con su bifurcación (abajo).

El diagnóstico histopatológico fue de Neurinoma Parafaríngeo tipo A de Antoni (Figura 3).

CASO N° 2.- Femenino de 50 años de edad, quien acude refiriendo haberse notado la presencia de una tumoración

laterocervical derecha desde dos meses atrás, la cual ocasionalmente dolía, aunque en forma leve, sobre todo con los movimientos de la cabeza. No existen otros datos de interés desde el punto de vista otorrinolaringoiológico y general.

A la exploración se palpa tumoración indurada, no dolorosa ni pulsátil, localizada a nivel del canal yugulocarotideo derecho, difícilmente desplazable en sentido vertical y de aproximadamente 5 x 3 cm. El resto de la exploración sin datos de interés que agregar. Se le realizan diversos estudios (biometría hemática completa, VDRL, FTA-ABS, PPD, radiografías de tórax y gammagrafía tiroidea) resultando todos ellos normales.

Se considera perfectamente justificada una "Cervicotomía Exploradora", realizándose una incisión en "palo de hockey"; se llega hasta el paquete vasculonervioso y disecamos tanto la vena yugular interna como la arteria carótida, encontrándose una tumoración que nace en el mismo nervio vago (Figura 4) perfectamente encapsulada y de coloración amarillenta; se extirpa en su totalidad seccionando el nervio arriba y abajo de la misma.

El diagnóstico anatomopatológico es el de Neurinoma del Neumogástrico tipo B de Antoni.

La paciente ha quedado con una disfonía secundaria a la operación, sin embargo no ha presentado ningún otro tipo de anomalía. Está pendiente de inyección de teflón para corregir su problema fonatorio por la parálisis recurrencial post-quirúrgica.

DISCUSION

Es importante recalcar que ante una tumoración parafaríngea posterior, en la que la mucosa que recubre a la amígdala tiene un aspecto normal y sin adherencias con la zona tumoral, debemos pensar en los tumores de origen nervioso, siendo de interés en tales casos el efectuar una palpación bidigital, para delimitar dentro de lo posible la extensión tumoral, así como realizar estudios radiológicos para precisar con exactitud la extensión de tal neoformación⁸.

Desde el punto de vista histológico, existen clásicamente dos formas o tipos de estos tumores. En el llamado tipo A de Antoni, las células tumorales forman un haz o un manojito compacto de células, con núcleos oscuros y abundantes fibrillas; los haces de células tumorales frecuentemente muestran un aspecto "en empalizada"; estas formaciones al modo de células de Schwann, son los llamados nódulos de Verocay. Por su parte el tipo B de Antoni presenta mayor polimorfismo celular, adoptando el aspecto de una red de tejido mixoide, con microquistes y células de Schwann dispersas, así como algunos cambios secundarios en el tumor, sobre todo de tipo vascular.

En los neurinomas de tipo maligno, las mitosis son frecuentes, pueden aparecer zonas de necrosis, las células pierden su polaridad, adquiriendo además un polimorfismo muy marcado.

Resulta interesante el considerar siempre en estos enfermos con tumoraciones cervicales de posible origen nervioso, otras eventualidades diagnósticas¹⁰, entre ellas merecen especial mención los tumores vasculares, las adenopatías monoganglionares de otra etiología, tumores de glándulas salivales, principalmente del polo inferior y/o profundo de la parótida; fibromas o lipomas profundos del cuello y quistes congénitos cervicales entre otros.

El tratamiento de elección es siempre el quirúrgico. El problema surge en cuanto a esta decisión, cuando la tumoración es muy pequeña y el enfermo no se queja de sintomatología alguna, de tal manera que después de la intervención bien puede quedar con disfonía, parálisis de la hemilengua correspondiente, etc., dependiendo esto del nervio involucrado. Por otra parte, no debemos olvidar que en los casos de

extirpación de neurinoma benigno en un paciente con la enfermedad de Recklinghausen, se puede observar una malignización a distancia, lo cual puede ocurrir igualmente en estos pacientes con la radioterapia.

En el caso de tumores parafaríngeos, la vía de abordaje transoral conlleva a numerosos riesgos, ya que, aparte del problema séptico de la orofaringe y la inadecuada visibilidad, están las importantes estructuras vasculares y nerviosas contenidas tanto en el espacio subparotídeo anterior (arteria palatina ascendente, arteria faríngea ascendente y el IX par craneal) como en el subparotídeo posterior o retroestíleo (arterias carótidas, vena yugular interna, los cuatro últimos nervios craneales y el simpático cervical). Pese a que algunos autores como Goodwin y Chandler¹¹ abogan por el abordaje endobucal; consideramos más seguro y estamos completamente de acuerdo con De Campora y colaboradores¹² en que un abordaje transmandibular conservador es el idóneo para el tratamiento quirúrgico de los tumores del espacio parafaríngeo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Das Gupta, T.; Brasfield, R.; Strong, E.; and Hajdu S: Benign solitary schwannomas (neurilemomas). *Cancer* 24: 355-359, 1969.
- 2.- Katz, A.D.: Neurogenous neoplasms of major nerves of face and neck. *Arch. Surg.* 103: 51-56, 1971.
- 3.- Batsakis, J.G.: Tumors of the Head and Neck. The Williams and Wilkins Company. Baltimore. 313-334, 1974.
- 4.- Guerrier, Y.; Guerrier, B: Les tumeurs nerveuses du cou. *Progresos en O.R.L. y Patología Cérvico-Facial.* Ed. Oteo, Madrid. 1974.
- 5.- Leroux-Robert, J.; De Brux, J.: Classification et aspects histologiques des tumeurs neurogenes cervico-faciales (Monographie). Ed. Masson, Paris. 1977.
- 6.- André, P.; Pinel, J.; Laccourreye, H.; Andrieu-Guitran court, J.: Les neurinomes du plexus braquial es du plexus cervical. *Ann. Oto-Laryng.* 85: 1-9, 1968.
- 7.- Barrón Soto, M.; Bello Mora, A.; Zapata Zamora, A.; Montes de Oca Rosas, D.; González Angulo, J.: Neurilemoma del cuello. Presentación de un caso. *Anales Soc. Mex. Otorrinolar.* N° 1 Vol. XXXIV, 41-45, 1988.
- 8.- Som, P.M.; Biller, P.F.; Lawson, W.: Tumors of the Parapharyngeal Space. Preoperative Evaluation. Diagnosis and Surgical Approaches. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 90:3-15, 1981.
- 9.- Leroux-Robert, J.; De Brux, J.: Histopathologie O.R.L. et Cervico-Faciale. Ed. Masson, Paris. 1976.
- 10.- Verhulst, J.; Petriat, B.; Deminiere, C.; Traissac, L.: A propos d' un neurinome du pneumogastrique dans l' espace sous-parotidien postérieur. *Diagnostic et traitement. Revue de Laryngologie,* 103 : 127-129, 1982.
- 11.- Goodwin, W.J.; Chandler, R.: Transoral excision of lateral parapharyngeal space tumors presenting intraorally. *Laryngoscope* 98 : 266-269, 1988.
- 12.- De Campora, E.; Camaioni, V.; Calabrese, C.: Conservative Transmandibular Approach in the Surgical Treatment of Tumors of the Parapharyngeal Space. *J. Laryngol. Otol.* 98:1225-1229, 1984.

Síndrome de Eagle

Dr. Rubén MORENO PADILLA *
Dr. Horacio CASTILLA SERRANO *
Dr. Lillian HERNÁNDEZ GARCÍA **

Resumen.- El síndrome de Eagle se caracteriza por un dolor sordo, persistente, localizado en la cara lateral del cuello y faringe con irradiación al oído ipsilateral. Esta es causada por una elongación de la apófisis estiloides a factores locales que irritan las estructuras que se relacionan anatómicamente con ella. Se enfatiza la importancia de este padecimiento en el diagnóstico diferencial de los síndromes dolorosos de cabeza y cuello. Se destaca lo sencillo de su diagnóstico y tratamiento. Se reporta un caso representativo.

Palabras claves.- Apófisis estiloides elongada, otalgia referida. Síndromes dolorosos de cabeza y cuello.

Summary.- The Eagle's syndrome is characterized by a dull, nagging, pain localized to the lateral side of the neck and

pharynx with irradiation to the ipsilateral ear. It's etiology is due, either to an elongated styloid process or to local factors that stimulate the anatomic structures that are related to it. It's importance in the differential diagnosis of head and neck pain syndromes is here emphasized. As well as the easy diagnosis and treatment of this syndrome. A representative case is here reported.

INTRODUCCION

Uno de los retos más grandes para el otorrinolaringólogo son los pacientes que refieren dolor en cabeza y cuello. La lista de diagnósticos diferenciales es grande, en la que apenas se menciona el síndrome de Eagle. Este padecimiento ha perdido importancia a través del tiempo y el interés de los otorrinolaringólogos es difundir la existencia de este síndrome y su importancia en el diagnóstico diferencial de los síndromes dolorosos de cabeza y cuello.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 48 años de edad que inicia su padecimiento desde hace 6

años con cuadros repetitivos de faringoamigdalitis, con frecuencia de 6 al año así como sensación de cuerpo extraño en faringe. Señala el ángulo de la mandíbula derecha como el sitio de un dolor constante, de moderada intensidad que se irradia al oído ipsilateral. Refiere además la sensación de una pequeña tumoración en cara lateral derecha del cuello, de consistencia blanda, la cual, desde su aparición hace un año no ha cambiado en tamaño.

La paciente se dedica al hogar y fumo durante 10 años 2 cajetillas diarias hasta hace 1 año. Es hipertensa desde hace 1 año controlada con clortalidona 1x1. Se le extrajo el tercer molar derecho hace 2 años y es además alérgica a la penicilina. Recibió múltiples tratamientos con sintomáticos y antibióticos sin mejoría. Por lo que es referida a nuestro hospital. A la exploración física se encuentran oídos normales, nariz normal y en boca como hallazgos de importancia, arcada dentaria incompleta sin dolor a la movilización de la articulación temporomandibular, amígdalas intravélicas, faringe granulosa, hiperhémica a la palpación de amígdala derecha

*Médico Residente Servicio Otorrinolaringología Centro Médico "La Raza" IMSS México D.F.
**Médico Otorrinolaringólogo Adscrito Servicio Otorrinolaringología Centro Médico "La Raza" IMSS México D.F.



Figura 1

Radiografía simple de cuello con técnica para partes blandas muestra apófisis estiloides elongada.

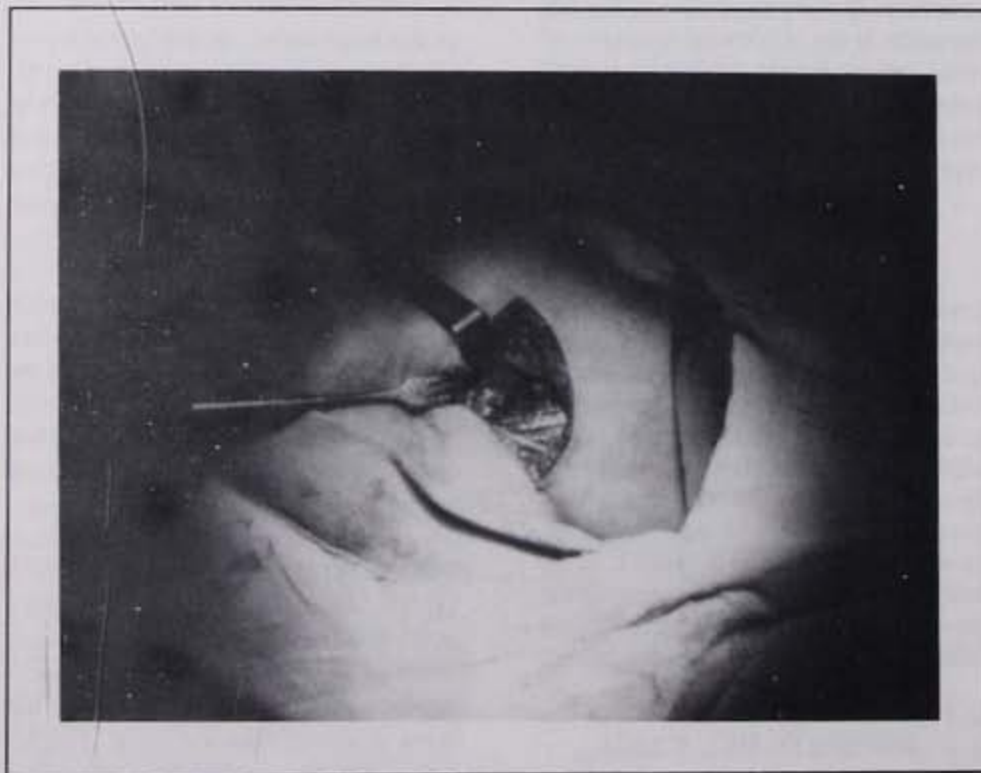


Figura 2

Vía de acceso externa como la recomendada por Moffat en 1977. Se muestra el músculo esternocleidomastoideo y nervio auricular mayor.

se reproduce e intensifica el dolor. Se palpa además induración local. En cuello se palpa tumoración de 1x1 cm a nivel yugulo-digástrico, desplazable y doloroso a la palpación. Se le toma una radiografía lateral del cuello con técnica para partes blandas (Figura 1) y radiografía de cráneo en posición postero-anterior donde se aprecia elongación anormal bilateral de apófisis estiloides derecha por vía de acceso externa (Figura 2). Se obtiene pieza quirúrgica de 17 mm (Figura 3). No habiendo complicaciones durante la cirugía o en el postoperatorio. Actualmente, a seis meses de la intervención, la paciente se encuentra libre de toda sintomatología.

DISCUSION

El síndrome como tal, fue descrito en 1937 por Eagle, diferenciándola de la neurálgia del glossofaríngeo. Atribuyó el dolor a la cicatrización que se forma alrededor de la apófisis estiloides post-amigdalectomía¹.

De importancia son las estructuras a las que se relaciona lo que explica la irradiación característica del dolor. La apófisis está en relación con los nervios craneales IX, X, XI, XII y con la arteria carótida interna. El nervio glossofaríngeo y la arteria carótida interna se encuentran más íntimamente relacionada a ella. Cualquier alteración en la apófisis puede irritar estas estructuras pudiéndose relacionar en el primer caso al dolor en la distribución del IX, (plexo de Jacobson y ramas sensitivas a faringe), síndrome de Eagle y en el segundo a otro síndrome descrito por Eagle, Carotidinia, o dolor en la distribución de la carótida interna¹. Los factores etiológicos del síndrome se dividen en dos grandes grupos, el primero relacionado a los factores asociados a la elongación de la apófisis dentro de los que se encuentran a) elongación congénita b) osificación completa del ligamento estilohipoideo c) osificación parcial del ligamento estilo-

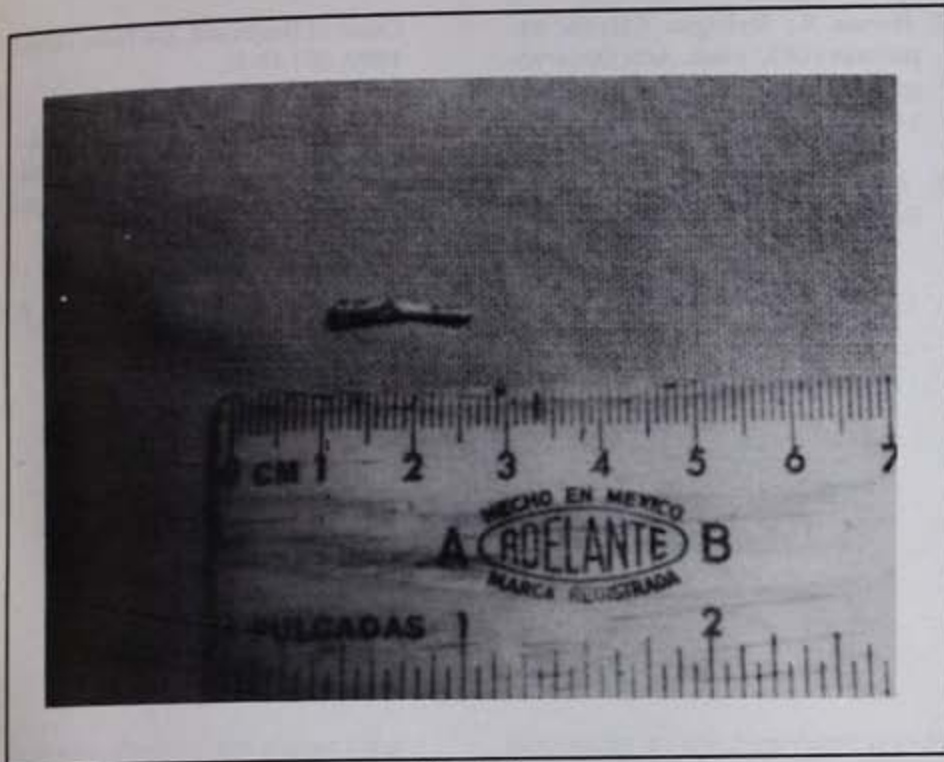


Figura 3
Pieza quirúrgica.

hioideo d) elongación de la unión cartilaginosa en etapa embriológica.

El segundo grupo incluyen factores locales que estimulen estructuras vecinas con una apófisis de tamaño normal como son a) fractura de la apófisis b) angulación medial c) cambios degenerativos e inflamatorios en la inserción tendinosa a la apófisis estiloides d) irritación a la mucosa faríngea por la apófisis ^{1, 2, 3, 4}.

El tamaño promedio de la apófisis es de aproximadamente 2.5 a 3.0 cm. Sin embargo puede haber una apófisis elongada asintomática y viceversa, presencia del dolor en ausencia de apófisis elongada como indicó Steinmann en 1968 ⁶.

El síndrome se ve con más frecuencia en mujeres que en hombres, la edad de aparición es alrededor de los 30 años, con mayor incidencia en la raza negra. Comúnmente la elongación es bilateral

pero sólo en 50% de los casos es sintomática bilateralmente ⁷. El dolor es sordo, persistente, en faringe con irradiación al oído ipsilateral. El dolor se puede intensificar a la deglución, movimiento de la columna cervical, al hablar, llegando incluso a la disfonía ⁸.

Se puede a la exploración física palpar la apófisis en la fosa amigdalina, la cual al presionarla reproduce el dolor característico. Como ayuda diagnóstica, se emplean proyecciones radiográficas sencillas como son, la lateral de cuello, la postero-anterior de cráneo y la ortopantomografía. El diagnóstico diferencial debe hacerse con neuralgias de nervios craneales tales como el trigémino, glossofaríngeo, ganglio esfenopalatino, nervio laríngeo superior, ganglio geniculado; las cuales se distinguen del síndrome de Eagle por ser dolores episódicos y lancinantes. Debe también diferenciarse de enfermedad en la articulación temporomandibular, faringoamigdalitis crónica, tercer molar

retenido, prótesis dentales mal ajustadas y tumores en faringe y base de lengua ⁹.

El único tratamiento efectivo es la reducción quirúrgica de la apófisis. Esta puede ser por vía intraoral o externa. Los autores hemos visto mayores ventajas en esta última a la primera por exponer adecuadamente la apófisis y sus relaciones anatómicas y tener menor riesgo de infección post-operatoria. Aunque tiene la desventaja de ser un método laborioso, que debe de efectuarse bajo anestesia general y deja cicatriz visible ².

El diagnóstico y tratamiento de este síndrome se encuentra al alcance de cualquier otorrinolaringólogo, por lo que debe considerarse ante cualquier síndrome doloroso de cabeza y cuello.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Moffat DA; Ramsden RT; Shaw HJ.: The Styloid Process Syndrome: Aetiological Factors and Surgical Management. J. Laryngol. Otol. 1977; 91: 279-294.
2. Zohar Y. ; Strauss M.; Laurian N. : Elongated Styloid Process Syndrome: Intraoral Versus External Approach for Styloid Surgery. Laryngoscope 1985; 95: 976-979.
3. Zohar Y.; Strauss M.; Laurian N.: Elongated Styloid Process Syndrome Masquerading as Pain of Dental Origin. J Max Fac Surg 1986; 14: 294-297.
4. Steinmann E.P.: A new Light on the Pathogenesis of the Styloid Syndrome. Arch Otolaryngol 1970; 91: 171-174.
5. Kaufman S.M.; Elzay R.P.; Irish E.F.: Styloid Process Variation.

- Radiologic and Clinical Study. Arch Otolaryngol 1970; 91 : 460-463.
6. *Steinmann E.P.*: Styloid Syndrome in Absence of an Elongated Process. Acta Otolaryngol (Stockh) 1968; 66: 347.
7. *Harma R.*: *Stylalgia*: Clinical experiences of 52 cases. Acta Otolaryngol (Stockh) [suppl] 1967; 224 : 149-155.
8. *Blatchford S.I.*: *Coulthard S.W.*: Eagle's Syndrome: An Atypical Cause of Disphonia. Ear Nose Throat 1989; 68 : 48-51.
9. *Christiansen T.A.*: *Meyerhoff W.L.*: *Quick C.A.*: Styloid Process Neuralgia, Myth or Fact. Acta Otolaryngol 1975; 101:120-122.

Acrospiroma ecrino: Presentación de un caso

Dr. David MONTES DE OCA ROSAS.*
Dr. Manuel GIRÓN RAMÍREZ.**
Dra. Carmen SALGADO AVILA.***
Dr. Albert Victor NAHMIA BUCAY.***

Resumen.- Presentamos el caso clínico de un paciente del sexo femenino de 35 años, con un acrospiroma ecrino, que es una tumoración rara, de localización retroauricular izquierda, la cual mostró un crecimiento lento y progresivo en el transcurso de 7 años.

El reporte histopatológico informó: hemangioma e hidradenoma, debido a esta confusión, se sometió a tinciones especiales diferenciándolo como un tumor de glándulas sudoríparas "acrospiroma ecrino".

Palabras clave: acrospiroma ecrino, tumoración, pabellón auricular.

Summary.- A 35 year old female patient is presented with an eccrine acrospiroma, which is a rare neoplasm. It's site being on the left retroauricular area,

manifesting a slow progressive growth in a 7 year period.

The histopathological report was of hemangioma vs. hidradenoma, but this confusion led us to send the specimen for special tincture procedure which made the differentiation as an "eccrine acrospiroma", (a sweat gland eccrine neoplasm).-

INTRODUCCION

El acrospiroma ecrino es una tumoración benigna, que fue descrita hace 3 décadas por Lund y Kersting, como Adenoma de glándulas sudoríparas de células claras o cistohidradenoma¹. Diez años después, fue diferenciado por Johnson y Helwig en base a su origen y su diversidad histológica, otorgando el término de siringoma a los que derivan de conductos en espiral y acro, a los del final del conducto, siendo éstos últimos, los llamados de células claras, por poseer un citoplasma claro. Estos autores mencionan también al poroma ecrino, como una variante morfológico del acrospiroma ecrino^{2,3,4}, teniendo que diferenciar estos tumores benignos, del hidradenocarcinoma o hidradenoma

maligno de células claras, el cual es raro, con características invasivas y metastáticas por vía angiolinfática siendo recurrente en la mayoría de los casos^{1,2,5}.

El acrospiroma ecrino es más frecuente en el sexo femenino (2:1), de edad media a avanzada, con promedio de 35 años de edad. Se puede localizar en cualquier parte del cuerpo⁶, encontrando un 3.6% en el cuello y un 14.4% a nivel de cara y oído. Un 50% de éstos, muestran un crecimiento lento y pertinaz, un 16% descargan líquido seroso o serohemorrágico, un 18% presenta dolor a la presión y un 3% prurito.

Clínicamente, a menudo se presenta como una masa única, nodular, multilobulada, encapsulada e intradérmica, ocasionalmente circunscrita a la subdermis, con un tamaño no mayor de 0.5 cm x 2 cm de diámetro, simulando en ocasiones ser nevos azules, melanomas o hemangiomas^{7,8}.

Su diagnóstico se lleva a cabo por medios histoquímicos, enzimáticos, y de microscopía electrónica, en los cuales se observa una consistencia tubular o seudotubular, con cordones

*Jefe del servicio

**Médico adscrito

***Médico en servicio social.

Módulo de oftalmología y comunicación humana de Naucalpan (ISEM)



Figura 1

Foto preoperatoria que muestra la localización y magnitud de la tumoración retroauricular

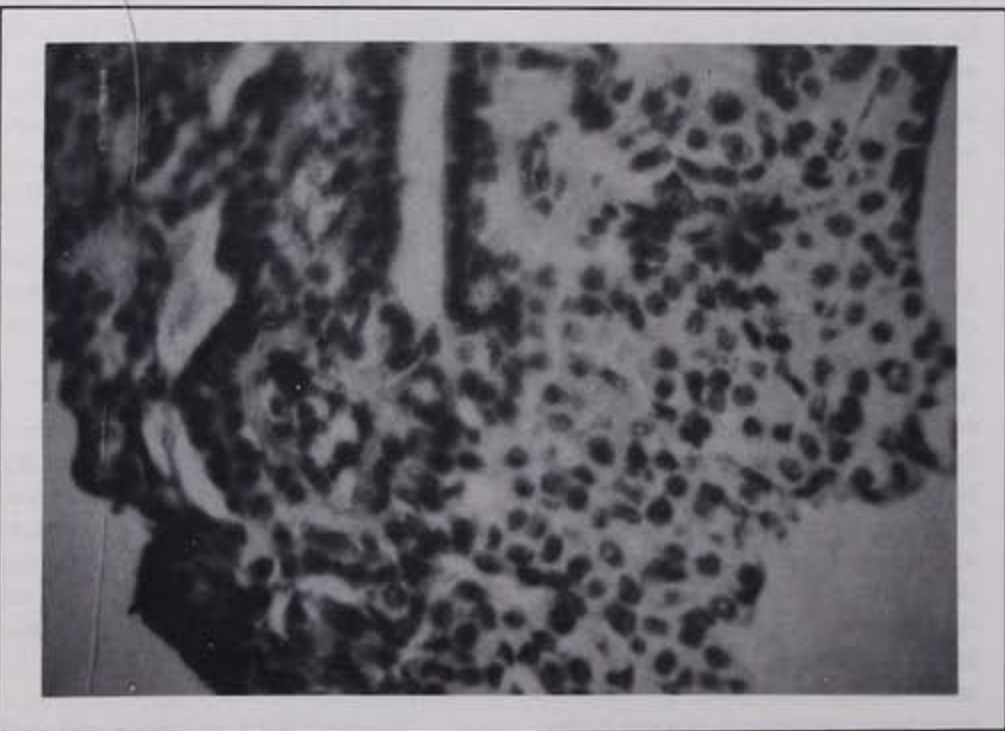


Figura 2

Corte histopatológico de un Acrospiroma ecрино; se observan luces tubulares, espacios quísticos y células claras.

celulares sólidos, luces tubulares ramificadas, espacios quísticos que contienen material hialino eosinofílico, tapizados de células ductales cuboides o secretoras; y el resto por células tumorales, que en ocasiones degeneran en espacios quísticos (Figura 2). Sus fracciones sólidas varían en algunos tumores y poseen células transicionales claras con abundante glucógeno; otros con células en queratinización con formación de perlas córneas o células escamosas, que semejan la porción epidérmica del conducto ecрино, reemplazando en ocasiones a la epidermis emergiendo con ella a la periferia⁸.

Hashimoto, Winkelmann y Wolff, observaron en estos tumores, abundante glucógeno celular (PAS +), fosforilasa + y enzimas respiratorias, incluyendo: deshidrogenasa succínica y difosfopiridín nucleótido diaforasa (DPNH), siendo estas pruebas las que realizan el diagnóstico diferencial con otras tumoraciones similares^{3,4,5}.

PRESENTACION DEL CASO:

Paciente femenino de 35 años de edad, que presenta una tumoración única retroarticular izquierda, de 7 años de evolución, que inició como una mancha rojiza ligeramente elevada, mostrando un crecimiento lento pero progresivo, hasta alcanzar las dimensiones de 4 cm x 2.5 cm x 1.5 cm de forma ovoide, pediculada, violácea, superficie irregular, nodular, con red capilar visible, pruriginosa, con salida de líquido serohemático escaso en algunas ocasiones, dolorosa a la palpación, desplazándose el pabellón auricular y refiriendo sensación de oído tapado (Figura No. 1).

Los estudios de laboratorio fueron normales.

Se realizó resección quirúrgica bajo anestesia general, obteniendo una masa tumoral encapsulada, que involucraba al



Figura 3

Foto post-operatoria que muestra la recuperación de la relación anatómica normal

cartilago de la concha en su cara posterior.

El reporte histopatológico informó: Hemangioma e Hidradenoma. Debido a esta confusión, se envió la laminilla a otra institución, donde efectuaron tinciones especiales diferenciándolo como una Acrospiroma ecrino.

DISCUSION

Como puede apreciarse, inicialmente la impresión clínica del caso fue de un hemangioma y dada la dificultad para el Diagnóstico histopatológico y las particularidades especiales del caso, así como el comportamiento de la tumoración y la rareza del diagnóstico dentro de la patología Otorrinolaringológica, fue la literatura, encontramos que todos los reportes de esta patología (Acrospiroma

ecrino) corresponden a los Anales Dermatológicos; siendo dicha patología rara a nivel del oído ya que sólo se han reportado 7 casos.

CONCLUSIONES

Esta patología predomina en el sexo femenino, con un promedio de edad de 35 años, presenta datos clínicos que pueden confundirse con otras patologías, teniendo que hacerse el diagnóstico diferencial por medio de pruebas histoquímicas, enzimáticas, y con microscopio electrónico, para diferenciarlo de un proceso maligno.

Nuestro caso fue tratado quirúrgicamente, con lo que mejoró notablemente la estética perdida del pabellón auricular, situación que condicionaba problemas psicológicos a la

paciente y el diagnóstico final fue el de una tumoración benigna, Acrospiroma ecrino. (Figura No. 3).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kersting D.W. : Clear cell hidradenoma and hidradenocarcinoma. ARCH. DERMATOL. 1963, 87 : 323-333.
2. Rosai J. : Ackerman's Surgical Pathology. Pags. 100-102. Ed. The C.V. Mosby Company. 7th Edition.
3. Hashimoto K., Di Bella R.J.; Lever W.F.: Clear cell hidradenoma. Histologic, histochemical and electron microscopic study. ARCH DERMATOL 1967, 96: 18-38.
4. Winkelmann R.K.; Wolff K.: histochemistry of hidradenoma and eccrine Spiradenoma. J. INVEST DERMATOL 1967, 49:173-180.
5. Hernández-Pérez E.; Cruz F.A. : Clear cell hidradenocarcinoma. DERMATOLOGICA 1976, 153:249-252.
6. Winkelmann R.K.; Wolff K.: Solid-cystic hidradenoma of the skin. Clinical and histopathologic study. ARCH DERMATOL 1978, 97:651-661.
7. Johnson B.L.; Helwig E.B.: Eccrine acrospiroma. CANCER 1969, 23:641-657.
8. Lever W.F.: Histopathology of the skin. Págs. 557-560. Ed. J.B. Lippincott Company. 6th Edition.

Notas e Informaciones

CURSO FUNDACION PORTMANN

En Sao Paolo, Brasil se realizará del 21 al 23 de marzo de 1990 la Reunión Internacional de la Fundación Portmann con un Simposio titulado "House-Portmann" con un variado temario que va desde los implantes cocleares, electrocoeleografía, enfermedad de Ménière, inmunología de la nariz y senos paranasales, otoesclerosis, alergia en orl, voz después de laringectomía, embolización, diagnóstico de la sordera en la infancia, etc, con la asistencia de un gran número de profesores de todo el mundo. Para informes ponerse en contacto con los Miembros de la Fundación, o directamente con: CERNE, Av. Paulista 1726, 14o. Andar CEP 01310, Sao Paolo, Brasil.

CONGRESO NACIONAL

La organización de nuestro Congreso Nacional se encuentra en su fase final, el Comité Organizador, y su presidente

el Dr. Armando González Romero, nos han pedido recordar a todos los interesados a presentar sus trabajos científicos para que el aspecto académico tenga el maravilloso resultado que seguramente el evento social nos proporcionará. Ya están listas todas las actividades sociales, habrá una magnífica fiesta tapatía con vaquillas, jaripeo, música, comida y todo el sabor de las fiestas de Guadalajara. El evento espera a más de 400 congresistas más sus acompañantes. Para mayores informes, los interesados deberán de ponerse en contacto con el secretario. Dr. Enrique Azuara en la dirección y teléfono de la Sociedad.

SOCIEDAD DE AUDIOLOGIA

La Sociedad Mexicana de Audiología y Foniatría y la Universidad de Texas/Pan-Americana, organizan el 1er simposium internacional en la ciudad de Mc Allen, Texas para celebrarse los días 1, 2 y 3 de marzo de 1990. El programa científico incluye temas de gran ac-

tualidad, como: diagnóstico radiológico, auxiliares auditivos eléctricos, evolución tecnológica y rehabilitación, implantes cocleares, bilingüismo, el hipoacústico adulto y la educación de la familia, la educación del incapacitado, etc., para mayores informes en Lieja 7 2o. piso Tel. 553 7041 y con la Dra. Leticia Tijerina de Sánchez en 100 W. Whitewing en Mc Allen Texas 78501. Tel 95 512 630 34 53.

FE DE ERRATAS

Por un lamentable error tipográfico, en el artículo titulado Angiofibroma nasofaríngeo juvenil, experiencia de 10 años, 1979-1988 publicado en el número 4 del volumen XXXIV de noviembre de 1989, se omitió el nombre del Dr. Fernando Couto y Arcos que debería de aparecer en tercer lugar. En cambio sí aparece la leyenda de ser Médico Radiólogo del Servicio de Neuroimagen del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía S.S.

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.

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

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

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

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

4.- Página del título: es la primera página y deberá contener el título del trabajo, nombre y títulos de los autores, seguido del puesto que desempeña y sitio de trabajo. La dirección y teléfono del autor con el que se debe 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 instrumentos y procedimientos con detalle, para que otro investigador pueda repetir el experimento con los mismos resultados. Exponga los métodos estadísticos. Los resultados se expondrán en secuencia lógica y sin repetir en el texto lo que se demuestra en cuadros y figuras. En la discusión no repita los resultados destaque los más importantes y relaciónelos con los de otros autores. Establezca la

relación entre los resultados obtenidos y los propósitos del trabajo. Finalmente señale las conclusiones que se derivan del artículo.

7.- Abreviaturas y Unidades: Si se desea hacer alguna abreviatura 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.

Ejemplo de libros:

Un solo autor:

Levy-Pinto VS Otorrinolaringologías pediátrica. 1a Ed. México: Interamericana, 1979: 189-196.

ORL

Capítulo de un libro:
Shulman JB, Traumatic diseases of the ear and temporal bone. En: Goodhill V, Ed. *Eardiseases, 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 una hoja en párrafos separados correspondientes cada uno al número de la figura que debe anotarse en el margen izquierdo.

11.- Cuadros y Gráficas: Las tablas deberán numerarse en forma progresiva con 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 el 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 M.N.
América, España y Portugal	\$ 135.00 Dls. U.S.A.
Otros países	\$135.00 Dls. U.S.A.



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 LUNA VEZ
AL DIA **10mg**

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

Scheramex
S.A. DE CV

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

DIRECTORIO DE COLABORADORES

AMERICAN OVERSEAS
TRADING

ASTRA

BEECHAM

CIBA

DEWIMED, S.A.

FARMITALIA

GLAXO

GRUPO ROUSSEL

HUERTA MEDICA

LE PETIT

MANUFACTURAS
DOMINGO

MICROTECNIA
QUIRURGICA

PROMECO

RESONANCIA MAGNETICA
CLINICA LONDRES
S.A. DE C.V.

ROCHE

RHONE-POULENC

SANDOZ

SCHERAMEX

SYNTEX

UPJOHN

VIENNATONE

Audiometría

Penglobe

Augmentin

Cataflan

Instrumental para microcirugía
y equipo médico

Kelfripim

Beconase Ceporex Zinnat

Cervilan

Aparatos auditivos y material
quirúrgico

Teldane

Instrumental Especialidad

Servicio del Otorrinolaringólogo

Mucosolvan

Resonancia Magnética un
diagnóstico preciso

Rocephin I.M.

Keduril

Hydergina

Clarityne

Flanax

Dalacin-C

Audiómetros



CLARITYNE® LORATADINA

Tabletas. Antihistaminico 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 antihistaminico tricíclico, de acción prolongada, con actividad selectiva, antagonica 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 oculares. Los signos y síntomas oculares y nasales son aliviados rápidamente después de la administración oral. CLARITYNE Tabletas también está indicado para el alivio de los síntomas y señales de urticaria crónica y otras afecciones dermatológicas alérgicas. * Marca de Fábrica Schering Corporation, Kenilworth, N.J. U.S.A. **POSOLOGIA Y ADMINISTRACION:** Adultos y niños de 12 años y mayores: Una tableta de CLARITYNE una vez al día. Niños mayores de 6 años y menores de 12 años de edad con peso corporal de 30 kg o más: Una tableta de Clarityne una vez al día. **INTERACCIONES FARMACOLOGICAS:** Cuando se administra concomitantemente con alcohol, Loratadina no ejerce efectos 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 antihistaminicos pueden impedir o disminuir las reacciones que, de otro modo, serian positivas a los indicadores de reactividad dérmica. **REACCIONES ADVERSAS:** Fatiga, sedación, dolor de cabeza y sequedad de boca fueron comunicadas ocasionalmente. **CONTRAINDICACIONES:** CLARITYNE Tabletas está contraindicado en pacientes que han demostrado hipersensibilidad a sus componentes y en niños menores de 6 años. **PRECAUCIONES:** Aún no se ha establecido la seguridad y eficacia de CLARITYNE Tabletas en niños menores de 6 años. **USO DURANTE EL EMBARAZO Y EN MADRES LACTANTES:** No se ha establecido si el uso de CLARITYNE Tabletas puede acarrear peligros durante el embarazo. Por lo tanto el compuesto debe usarse solamente si los beneficios potenciales para la madre justifican el riesgo potencial para el feto. **PRESENTACION:** CLARITYNE TABLETAS: Caja con 10 tabletas de 10 mg. Almacénese entre 2° y 30°C.

Bibliografía:

1. Datos en los archivos, Schering International, Kenilworth, N.J. 2. Howarth PH, Emanuel MB, Hoigate 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

Scheringmex
S.A. DE CV

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

Are-19388-CLE

**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 Jahrsdoerrer
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



AUGMENTIN
(Clavulanato de Potasio/Amoxicilina)

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

Acción La disminución en la sensibilidad a muchos antibióticos es causada por enzimas bacterianas llamadas betalactamasas, 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 betalactamasas. **Augmentin** es un antibiótico de amplio espectro, teniendo la propiedad especial de inactivar en forma irreversible las enzimas llamadas betalactamasas, las cuales destruyen las penicilinas y las cefalosporinas (beta-lactámicos). **Augmentin** es una mezcla compuesta de Amoxicilina trihidratada y la sal potásica del ácido clavulanico. En **Augmentin** el clavulanato se anticipa al mecanismo de defensa bacteriano con un bloqueo irreversible de la enzima betalactamasa, 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*, *Corynebacterium sp.*, *Bacillus anthracis*, *Listeria monocitogenes*, **Aerobios Clostridium sp.**, *Peptococcus sp.*, *Peptostreptococcus*; **Gramnegativos Aerobios** *Haemophilus influenzae* (incluyendo cepas resistentes a la ampicilina y a la amoxicilina) *Escherichia coli* (incluyendo cepas resistentes a la ampicilina y a la amoxicilina) *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella sp.*, *Bordetella pertussis*, *Brusella sp.*, *Nisseria gonorrhoeae*, *Nisseria meningitidis*, *Vibrio cholerae*, *Pasteurella sádica* **Aerobios Bacteroides** *Fr. 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 esencialmente 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 ocurrieran 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 discontinuado 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/5ml) 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. I. Med. PAE-182/I. Regs. Nos. 068M82 y 079M84. S. G. A. * Marca Registrada. Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

Rocephin I.M. 500 mg
(ceftriaxona)

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 dihidrato. Rocephin carece de cubierta antibiótica. **FARMACOCINÉTICA** 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 estrovascular donde la concentración bactericida continúa generando susceptible por muchos días. **ELIMINACION**. La vida media de eliminación en adultos sanos es de alrededor de 8 hrs; en recién nacidos dos meses de edad 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 100% de Rocephin se elimina sin cambios con la orina mientras que entre el 40 y 50% se excreta metabolizado 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 meningitis inflamadas de lactantes y niños al índice de difusión al L.C.R. en la meningitis bacteriana 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 difusión en agar y caldo según los métodos adecuados. **INDICACIONES**. Rocephin está indicado en infecciones de mediana e intensa gravedad causadas por gérmenes Gram-positivos y Gram-negativos sensibles.

POSOLOGIA SUGERIDA

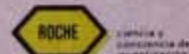
Parte del paciente o indicaciones especiales	DOSIFICACION POR DIA	
	MEDIANA GRAVEDAD	INTENSA GRAVEDAD
Recién nacido < 2 semanas	20-50 mg/kg	50 mg/kg
Recién nacido > 2 semanas hasta niños < 12 años	20-80 mg/kg	80 mg/kg
Niños > 12 años o con peso > 50 kg adultos y ancianos	1-2 g	4 g
Insuficiencia renal: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

DURACION DEL TRATAMIENTO. Como en cualquier tratamiento con antibiótico, 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 desplazarse a la linfarrea de sus sitios de unión con la albúmina, la anterior debe tenerse en cuenta cuando se puede usar Rocephin para tratar a recién nacidos con hiperbilirrubinemia, especialmente si se trata de prematuros. **MODOS DE USO**. Dosis: 500 mg o 1 g de Rocephin en 2 ml a 3.5 ml, respectivamente, de solución de lidocaina al 1%. Conviene no aplicar más de 1 g en cada 6 horas 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 aplicarla lentamente en la vena I.V. Por infusión. Dosis: 500 mg o 1 g de Rocephin en aproximadamente 40 ml de solución 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 máximas de 2 g en adultos y de 50 mg/kg en niños deben administrarse por infusión I.V. prolongando las soluciones ya mencionadas a pasar en no menos de 30 minutos. La solución reconstituida se mantiene estable 8 hrs. a temperatura ambiente o 24 hrs. en refrigeración.

CONTRAINDICACIONES. Rocephin está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a los cefalosporanos. 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: *DIALESIS, dolor, eructos, indigestión o aumento de la sensibilidad en el sitio de la inyección. Pueden presentarse fiebres con la administración endovenosa líquida puede aparecer administrado lentamente el producto 2 a 4 minutos. *HIPERSENSIBILIDAD (rash): urticaria, prurito, eritema, edema y eritema multiforme. *HEMATOLOGÍAS: COS (aprox. 2%), anemia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia y anemia hemolítica. *GASTROINTESTINALES: diarrea, náusea, vómito, estomatitis y glossitis. *OTROS: cefalea, vertigo; aumento de enzimas hepáticas, ligeros aumentos de la creatinina sérica, micción genital, reacción alopatológica o alopatológica. *También más raras son la enterocolitis pseudomembranosa, trastorno de la coagulación y formación de sedimento en la vesícula biliar (por precipitación).

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS. Conviene proceder 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, hemograma, etc.). En caso de insuficiencia hepática no es preciso reducir la dosis de Rocephin en tanto la función renal permanezca intacta. En el caso de que concorra 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 (reserva de litocaina), y en ningún caso, se podrá administrar la solución intravenosa (reserva de litocaina) por vía intravenosa. En casos raros, en estudios ultrasonográficos se han observado imágenes sugestivas de sedimento biliar; 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 asocia con un cuadro clínico. **INTERACCIONES**. Rocephin en combinación con aminoglicósidos, revelaron 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 contenido respectivamente. Frasco ampolla con Ceftriaxona y ampollita con 2 ml y 3.5 ml de solución de lidocaina al 1%. Rocephin I.V. intravenosa: 500 mg y 1 g contenido respectivamente. Frasco ampolla con Ceftriaxona dihidrato equivalente a 500 mg y 1 gramo de Ceftriaxona y ampollita con 5 ml y 10 ml de solución estéril de litocaina.

Regs. Nos. 058M84 y 104M84 S.G.A.
SU VENTA REQUIERE RECETA MEDICA I. Med. 086-443 J
Literatura exclusiva para médicos.
© - Marca Registrada.
PRODUCTO ROCHE, S.A. DE C.V.
Av. Universidad No. 302
03310, Méxic, D.F.



Zinnat
Acetoxietil Cefuroxima
2 VECES AL DIA

INFORMACION PARA PRESCRIBIR

NOMBRE DEL PRODUCTO: ZINNAT

USOS: El acetoxietil de cefuroxima es un pro fármaco oral del antibiótico cefalosporínico bactericida cefuroxima, que es resistente a casi todas las beta-lactamasas y es activo contra una extensa variedad de microorganismos grampositivos y gramnegativos.

Está indicado para el tratamiento de infecciones causadas por bacterias sensibles.

INDICACIONES: Infecciones de las vías respiratorias bajas y vías respiratorias altas, infecciones del tracto genitourinario, infecciones de piel y tejidos blandos, gonorrea, uretritis gonocócica simple aguda y cervicitis.

BACTERIOLOGIA: La cefuroxima tiene buena estabilidad ante las betalactamasas bacterianas y, por consiguiente, es activa contra muchas cepas resistentes a la ampicilina o resistentes a la amoxicilina.

La cefuroxima generalmente es activa contra los siguientes microorganismos in vitro:

Aerobios Gramnegativos: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*, *Providencia spp.*, *Proteus rettgeri*, *Haemophilus influenzae* (incluyendo cepas resistentes a la ampicilina), *Haemophilus parainfluenzae*, *Branhamella catarrhalis*, *Nisseria gonorrhoeae* (incluyendo cepas productoras y no productoras de penicilinas).

Aerobios Grampositivos: *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis* (incluyendo cepas productoras de penicilinas, pero excluyendo las cepas resistentes a la metilciclina), *Streptococcus pyogenes* (y otros estreptococos hemolíticos beta), *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus Group B (Streptococcus agalactiae)*.

Anaerobios: Cocos Grampositivos y Gramnegativos (incluyendo especies de *Propionis* y *Peptostreptococcus*), Bacilos Grampositivos (incluyendo especies de *Clostridium*) y bacilos gramnegativos (incluyendo especies de *Bacteroides* y *Fusobacterium*, *Propionibacterium spp.*

* Algunas cepas de los siguientes gérmenes no son susceptibles a la cefuroxima: *Streptococcus faecalis*, *Morganella morganii*, *Proteus vulgaris*, *Enterobacter spp.*, *Citrobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Bacteroides fragilis*.

DOSIS Y ADMINISTRACION:

ADULTOS: Casi todas las infecciones: 250 mg dos veces al día. Infecciones de vías urinarias: 125 mg dos veces al día. Infecciones de vías respiratorias bajas leves a moderadas, por ejemplo bronquitis: 250 mg dos veces al día. Infecciones de vías respiratorias bajas más serias o si se sospecha neumonía: 500 mg dos veces al día. Pielonefritis: 250 mg dos veces al día. Gonorrea simple: una sola dosis de 1 g.

NIÑOS: Casi todas las infecciones: 125 mg dos veces al día. Niños con otitis media de dos años de edad o mayores: 250 mg dos veces al día. El curso normal de tratamiento es de siete días (intervalo 5-10 días).

* Para absorción óptima, el acetoxietil de cefuroxima debe ser tomado después de los alimentos.

CONTRAINDICACIONES:

* Pacientes con hipersensibilidad conocida a los antibióticos cefalosporínicos.

PRECAUCIONES:

* Se ha reportado enterocolitis pseudomembranosa con el uso de antibióticos de amplio espectro; por lo tanto, es importante considerar este diagnóstico en los pacientes que desarrollen diarrea seria durante el uso de antibióticos o después del mismo.

* No hay evidencia experimental de efectos embriopáticos o teratogénicos atribuibles al acetoxietil de cefuroxima, pero igual que con todos los fármacos, debe ser administrado con precaución durante los primeros meses del embarazo. La cefuroxima es excretada en la leche humana y, por consiguiente, se debe proceder con precaución al administrar acetoxietil de cefuroxima a una madre que esté amamantando al seno.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

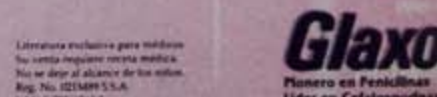
Han habido algunos reportes raros de reacciones de hipersensibilidad*, entre las que figuran erupciones cutáneas.

Un pequeño porcentaje de los pacientes que han recibido acetoxietil de cefuroxima, han experimentado trastornos gastrointestinales*, tales como diarrea*, náusea* y vómito*. Igual que con otros antibióticos de amplio espectro, han habido algunos reportes raros de enterocolitis pseudomembranosa*. También se ha reportado cefalea*.

Durante el tratamiento con Zinnat, se han observado eosinofilia* e incrementos transitorios de las concentraciones de las enzimas hepáticas (ALT (SGPT) y AST (SGOT)). Durante el tratamiento con cefalosporinas se han reportado pruebas de coombs positivas* — este fenómeno puede interferir con las pruebas sanguíneas cruzadas.

PRESENTACIONES:

— Caja con 8 tabletas de 125 y 250 mg con instructivo impreso.



Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. No se debe al abarcar de los niños. Reg. No. 025M89 S.G.A. I. Med. 798-1563 J

RINITIS

Respuesta actual a las infecciones de hoy



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

Respuesta actual a las infecciones de hoy

OTTIS MEDIA



SINUSITIS



PARINGOAMIGDALITIS



BRONQUITIS



INFECCIONES URINARIAS





Zinnat 2 VECES AL DIA

Acetoxietil Cefuroxima


El primer monofármaco oral estable a beta-lactamasas

- El antibiótico beta-lactámico oral de mayor espectro
- Rápido alivio y control de la sintomatología
- Altos niveles bactericidas en tejidos y líquidos corporales
- La habitual tolerancia y seguridad de los beta-lactámicos
- Posología sencilla, cómoda y fácil de recordar:
1 tableta con el desayuno y 1 con la cena

KELFIPRIM*

SULFAMETOPIRAZINA + TRIMETOPRIM Cápsulas

*la sulfa hace
la diferencia...*

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT
MONTEBON AL CUIDADO DE LA SALUD

Av. Miguel Ángel 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:

30 grageas en envase de burbuja

lomofilina	80.0 mg
dihidroergocristina	00.8 mg
forma de mesclat	1 gragea
solvente c b p	

INDICACIONES:

el vértigo de origen vascular, así como
 síndrome de Ménière
 otitis aguda
 vértigo posicional agudo
 vértigo por hiperventilación
 vértigo posttraumático
 síndrome neurosensorial por insuficiencia vertebral

INDICACIONES, VIA DE ADMINISTRACION Y MODO DE EMPLEO:

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

EFFECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES:

raramente pudiera presentarse: Visión borrosa,
 tensión ortostática, sensación de congestión nasal,
 rashes cutáneos, rubefacción.

CONTRAINDICACIONES:

sensibilidad a los componentes de la fórmula
 hipertensión arterial severa, psicosis aguda, daño he-
 pático o renal, bradicardia, alergia a los alcaloides de
 la ergotina, pacientes con coronariopatías, primer tri-
 mestrío del embarazo.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

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

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:

desar de no haber evidencia de la teratogenicidad,
 debe indicarse en la mujer embarazada o lactando
 cuando Cervilan® demostró durante la experimen-
 tal preclínica, propiedad antihipertensiva, no debe
 usarse como sustituto en hipertensión arterial.

BIBLIOGRAFIA:

A. Chécoury-Henneton. Bilan d'une étude sur
 157 patients traités par Cervilan durant 18 semai-
 nes. Concours Medical du 15 Novembre 1980.

Bordes. Etude en double insu Cervilan contre
 cinnarizine 75 mg. Gazette Medicale de France, To-
 1988, No. 18 du 15.5.81.

B. Poletto, O. Mantel. Etude en double insu et
 mutation croisée en pharmacologie clinique
 comparative entre Cinnarizine et una association de
 lomofilina et de DHEC. La Vie Medicale du 3 Juillet
 80.

Compañía Registrada
 esta requiere receta médica
 debe estar al alcance de los niños
 para exclusiva para médicos
 No. 0281 M.80 S.S.A.

tel: 360-88
fax: NCE 550/J

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

10
TABLETAS

PENGLLOBE

**OTITIS
LARINGITIS
FARINGITIS
BRONQUITIS**

y todas las demás infecciones
sensibles a la ampicilina

LA PRODRUGA
5 **DIAS**
DE
TRATAMIENTO
POR CAJA

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

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

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

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

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

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

CONTRAINDICACIONES. Hipersensibilidad a las penicilinas y a las cefalosporinas.

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

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

Su venta requiere receta médica.
Literatura exclusiva para médicos

I. Med. MFE 951/J

Penglobe-bacampicilina*
Investigación original de

ASTRA
MÉDICO - SUECIA

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.

INFORMACION PARA PRESCRIPCIÓN SUPOSITARIOS INFANTIL FORMULA: Cada supositorio contiene 50 mg Ketoprofén Sódico **PRESENTACION:** Caja con 8 supositorios.
POSOLOGIA: En niños menores de 6 años un supositorio c/12 horas. En mayores de 6 años un supositorio c/8 horas. **SOLUCION INFANTIL FORMULA:** El frasco con polvo contiene Ketoprofén Sódico 0.5 g. excipiente, c b p 11.0 g. Hecha la mezcla cada cucharadita de 5 ml contiene el equivalente de 25.7 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 1.15 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. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, embarazo, lactancia, niños menores de 2 años, gastritis, úlcera péptica. Evítense 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, gastritis y portadores de hernia hiatal.

BIBLIOGRAFIA A SOLICITUD DEL MEDICO SU VENTA REQUIERE RECETA MEDICA
LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS * MARCA REGISTRADA
KNA-TC-188 I. Med. DHE-1324/J Reg. No. 227M67 S.S.A. Reg. No. 131M86 S.S.A.



RHÔNE-POULENC

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

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 dentarias: 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 la 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.

REACCIONES SECUNDARIAS: Diarrea, ocasionalmente náusea y vómito, meteorismo, irritación rectal, vaginitis, urticaria, prurito y dolor abdominal.

USO 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 amikacina, astronam, 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 podrán 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

¡Qué recuperación!

En procesos inflamatorios agudos

gotas



CATAFLAM

(Resinato de diclofenaco)

combate la inflamación y el dolor



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

REFERENCIAS:

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



Cómoda dosificación
1 gota por kg de peso, tres veces al día

Retorno a la
productividad con

TELDANE-D®

(Terfenadina + Pseudoefedrina)

Descongestivo
y antihistamínico

Acción terapéutica
en las vías respiratorias
superiores,^(1,2)

durante 12 horas,
sin somnolencia

DOBLE ACCION

REFERENCIAS

1. Orpel, H.A., Kemp, J.F., Maltzer, E.O., et al: A tolerance study of terfenadine-pseudoephedrine combination in comparison to pseudoephedrine in patients with allergic rhinitis. Presented at the 43rd Annual Meeting of the American Academy of Allergy and Immunology, Washington, D.C. February 19-25, 1987.

2. Malhe, S., et al: Estudio clínico multicéntrico de la combinación de terfenadina y pseudoefedrina en casos de rinitis alérgica. Revista de la Fundación José María Vargas, Vol. 1, junio 1986, No. 2, 36/38.



Lepetit



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 otorinas,
también para máximas exigencias



Variothem, el aparato
Némico de
excitación para el
diagnóstico vestibular

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

Endostroboscopio, para el
diagnóstico de la laringe.



INSTRUMENTAL QUIRURGICO



MICROSCOPIOS PARA MICROCIROUGIA



MICROCIROUGIA Y PROTESIS



ENDOSCOPIA