

# ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL

• PAGINA DEL DIRECTOR	171
• TRABAJOS PROSPECTIVOS	
Botón de silastic para la cirugía funcional del seno maxilar Dr. J. Ramón Escajadillo	173
• REVISION DE UN TEMA	
Efectos respiratorios de la respiración intramuros Dr. José Angel Gutiérrez Marcos y Cols.	177
• TRABAJOS RETROSPECTIVOS	
Tratamiento quirúrgico de nosangiofibroma. Reporte de seis casos Dr. Juan Gerardo Lazo Sáenz y Cols.	182
Fotografía en cirugía plástica facial Dr. José Luis Salas Martínez	186
Abscesos profundos de cabeza y cuello Dr. Mauricio Morales Cadena	189
Tuberculosis laríngea: Manejo quirúrgico de sus secuelas en seis pacientes Dr. José Gánem Musi y Cols.	196
Manejo quirúrgico de las fístulas oro-antrales Presentación de seis casos Dr. José Angel Gutiérrez Marcos y Cols.	201
Aritenoidectomía con laser de CO <sub>2</sub> Dr. Masao Kume y Cols.	205
• CASOS CLINICOS	
Sangrado nasal posterior secundario a malformación vascular Dr. Juan Antonio Sordo Pérez y Cols.	211
• CONSEJO MEXICANO	217
• NOTAS E INFORMACIONES	218
• PROGRAMA SMORL Y CCC	220

DISTRIBUCION GRATUITA  
MEXICO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO  
1990  
VOL. XXXV NUMERO 3

**NUEVO**

DE Scheramex

**CLARITYNE\***  
UNA VEZ  
AL DIA

**Jarabe**

**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 dosis<sup>1</sup>... más rápida que astemizol<sup>2</sup> y que terfenadina<sup>3</sup>.

***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.



2400

# SYSTEM 2400

## MAICO 2400 MODULAR CLINICAL AUDIOMETRIC SYSTEM

### F E A T U R I N G

#### Modular Clinical Audiometric System

The MAICO System 2400 is a complete easy to learn and use audiometric testing and diagnostic tool which is computer based, software driven and infinitely flexible.

The System 2400 incorporates all the clinical testing functions, including audiometric testing, analyzing, graphing and records management. Control every phase and detail of audiometric testing with the touch of a finger.

- Cost effective TOTAL instrumentation and records management.
- The most comprehensive range of audiometric testing available in one instrument.
- Operator friendly—simplifies and accelerates testing.
- Database testing history for over 3000 patients.
- Flexible—incorporates future tests and procedures without new instrumentation. NEVER OBSOLETE!
- Eliminates the profusion of knobs, dials and switches.
- Fully modular—expands to accommodate a growing practice.
- Calibrated and updated in your office by authorized MAICO distributors.
- Combines with the PHOX Programmable Hearing Aid System.



MAICO DE MEXICO, S. A. DE C. V.  
Puebla No. 163-B Col. Roma  
06700 México, D. F. Tel. 525-72-31  
Tel. 525-72-31 y 511-42-80



Simple, fácil de manejar, completo. El sistema audiométrico clínico MAICO 2400 es tan fácil de manejar como el señalar con su dedo. Sólo toque la pantalla y la computadora le ofrece el menú más completo de programas audio-diagnósticos.

El Sistema 2400 es un sistema completo modular que consiste de un audiómetro de dos canales, un analizador de oído (Real Ear Analyzer), y un audiómetro completo que retiene información completa de pacientes (database).

SENCILLO. Ningún otro instrumento le da las capacidades del Sistema 2400. Exámenes Békésy completos, exámenes de frecuencias ultra-agudas hasta 20,000 Hz., Audiograma reflejado en la pantalla; Aún así la pantalla táctil y menú que se presentan, hacen al sistema sumamente fácil de usarse. El Sistema 2400 es el único sistema audiométrico que necesitará.

Para mayor información sobre el Sistema 2400 de MAICO, llame a su distribuidor MAICO local ó comuníquese con:

MAICO DE MEXICO, S. A. DE C. V.  
Puebla 163 Local B Col. Roma 06700 México, D. F.  
Tels. 525-72-31 y 511-42-80

AMERICAN OVERSEAS TRADING CORP.  
4619 So. Carrollton Ave. New Orleans, LA 70119  
EE.UU. Telex No. 6821278 Fax No. (504) 488-5150  
Telef. No. (504) 488-1311

## AUDIOMETRO FM-7

AUDIOMETRO DE DOS CANALES INDEPENDIENTES.

CON MASTER HEARING AID INTERCONSTRUIDO.

FACIL DE MANEJAR.

PARA PRUEBAS AUDIOMETRICAS POR TONOS PUROS POR VIA AEREA Y VIA OSEA.

CON ENMASCARADOR DE RUIDO TIPO HABLA Y BANDA ANGOSTA.

CON DOS MICROFONOS: UNO PARA TALKFORWARD LOGOAUDIOMETRIA POR VOZ VIVA. OTRO, PARA TALK-BACK.

ENTRADA EXTRA PARA GRABADORA (LOGOAUDIOMETRIA VOZ GRABADA).

COMPLETO CON ACCESORIOS PARA AUDIOMETRO Y MASTER HEARING AID.

SOLICITE MAYOR INFORMACION A MAICO DE MEXICO, S. A. DE C. V.



## MAICO MF7

### F E A T U R I N G

#### Audiometer with Master Hearing Aid

The MAICO MF7 audiometer is designed to expand your hearing capabilities. The MF7 provides a full function audiometer with the clinical features you demand in test equipment. Ability to calibrate free field. Two channels, with speech and narrow band noise. Standard talkforward and talkback. B71 bone vibrator.

In addition, the Master Hearing Aid allows you to provide hearing instrument fittings with the choice of 5 filter settings. The Master Hearing Aid has separate controls for greater accuracy. And it provides true 3 frequency averaging. The MAICO MF7. We listened to you and gave you the professional instrument you want.

- Complete split channel audiometer with built in speech and narrow band noise.
- Easy to use selection of input and output functions for both channels.
- Independent controls allow Gain to be adjusted separately from SPL.
- Meets both ANSI S3.6 1968 (R1973) and ISO 389 (1975).
- Standard intercom capabilities, speech noise and narrow band noise.
- Can be used with standard portable carrying case or with wooden desktop case.
- Optional tape player or compact disc player can be mounted inside carrying case.



MAICO DE MEXICO, S. A. DE C. V.  
Puebla No. 163-B Col. Roma  
06700 México, D. F. Tel. 525-72-31  
Tel. 525-72-31 y 511-42-80



# MF7

# HISMANAL<sup>MR</sup>

JANSSEN



## Eficacia y potencia

y con sólo  
una tableta al día

Rinitis  
Alérgica



*sin sueño*

# CATAFLAM\*

(Diclofenaco potásico)

**PRESENTACION:** Diclofenaco potásico: grageas de 25 mg y 50 mg; gotas (al 1.5%); supositorios de 12.5 mg y 25 mg.

**INDICACIONES:** Tratamiento breve de las siguientes afecciones agudas: Estados dolorosos e inflamatorios postraumáticos. Inflamaciones y dolores postoperatorios. Estados dolorosos y/o inflamatorios en ginecología. Síndromes dolorosos de la columna vertebral. Reumatismo extraarticular. Como coadyuvante en infecciones dolorosas e inflamatorias graves de la nariz, garganta y oídos. (La fiebre por sí sola no es una indicación).

**DOSIFICACION:** Según las indicaciones, 75-150 mg al día (dismenorrea: hasta 200 mg diarios).

**NIÑOS:** 0.5-2 mg/kg al día. Véase la información detallada para la prescripción.

**CONTRAINDICACIONES:** Úlcera péptica, hipersensibilidad conocida a la sustancia activa, ácido acetilsalicílico y otros medicamentos que inhiben la síntesis de la prostaglandina. Hipersensibilidad conocida a algunos excipientes. Proctitis (supositorios). Insuficiencia cardíaca, renal y hepática, embarazo y lactancia, hipertensión arterial severa, discrasias sanguíneas.

**PRECAUCIONES:** Síntomas o antecedentes de enfermedad gastrointestinal, menoscabo de la función hepática, cardíaca o renal. Embarazo. Porfiria. Cautela en los sujetos de edad avanzada. Enfermos con depleción de volumen extracelular de cualquier causa. Pacientes que toman diuréticos, anticoagulantes o antihipertensivos. Si es necesario prolongar el tratamiento en casos excepcionales, se aconseja controlar periódicamente la función hepática y el cuadro hemático.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** En ocasiones: trastornos gastrointestinales, cefaleas, aturdimiento o vértigo, eritemas, elevación de la TGO y la TGP. Raramente úlcera péptica, hemorragias gastrointestinales, hepatitis, reacciones de hipersensibilidad. En casos aislados trastornos de las sensaciones, eritema multiforme, púrpura, anomalías de la función renal, discrasias hemáticas.

**ENVASES:** Cajas con 12 grageas de 25 mg, 12 grageas de 50 mg, frasco gotero con 10 ml, 5 supositorios de 12.5 mg y 5 supositorios de 25 mg. Para mayor información consultar el *Diccionario de Especialidades Farmacéuticas* o dirigirse al Departamento Médico de Ciba-Geigy Mexicana, S.A. de C.V., División Farmacéutica, Calz. de Tlalpan Núm. 1779 Col. San Diego Churubusco-04120 México, D.F. Tel.: 549-30-00, que le proveerá con el paquete completo de información para prescribirlo.

Regs. Núms. 071M86, 073M84, 074M84 y 064M90 S.S.A.  
i. Méd. QFE-850/IP  
\* Marca Registrada

Literatura exclusiva para médicos.  
Su venta requiere receta médica.  
No se deje al alcance de los niños.

**CIBA-GEIGY**  
experiencia en antiinflamatorios  
al servicio de su paciente

# 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, gonoreas, 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* (incluido cepas resistentes a la ampicilina), *Haemophilus parainfluenzae*, *Branhamella catarrhalis*, *Neisseria gonorrhoeae* (incluido 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 meticilina), *Streptococcus pyogenes* (y otros estreptococos hemolíticos beta), *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus Grupo B (Streptococcus agalactiae)*.

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

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

#### DOSES 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.  
Fiebre tifoidea: 250 mg dos veces al día.  
Gonoreas simples: 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 deje al alcance de los niños.  
Reg. No. 023389 S.S.A.

**Glaxo**  
Pionero en Penicilinas

# Stugeron Retard

JANSSEN



## INFORMACION PARA PRESCRIPCION

### STUGERON® RETARD CAPSULAS JANSSEN

**PROPIEDADES:** STUGERON® RETARD inhibe la vasoconstricción directa y la vasoconstricción inducida por sustancias vasoactivas. STUGERON® RETARD protege a los entrocitos contra la pérdida de deformación y por lo tanto, reduce un crecimiento anormal en la vascularización de la sangre en humanos. Esta actividad tiene un efecto favorable sobre la microcirculación en el caso de trastornos circulatorios. STUGERON® RETARD incrementa la resistencia celular a la hipoxia. STUGERON® RETARD posee una acción supresiva sobre la respuesta del Nistagmus en humanos, por tanto reduce o elimina síntomas de turbio vestibular y sus manifestaciones autonómicas y reduce o previene episodios agudos. Los niveles más altos de plasma se obtienen una a 3 horas después de la administración. STUGERON® RETARD aparece del plasma con una vida media inicial de 4 horas. STUGERON® RETARD es completamente metabolizado. La eliminación de estos metabolitos ocurre a través de la orina en 1/3 y en 2/3 a través de las heces.

**INDICACIONES:** Síntomas comunes de deterioro vascular cerebral como pérdida de la memoria, mareo, vértigo, cefaleas, alteraciones de conducta, insomnio y falta de concentración. Profilaxis y tratamiento de la insuficiencia circulatoria cerebral arterioesclerótica y patología vascular genérica. Síndrome vertiginoso de cualquier etiología, síndrome Ménière y vértigo por accidente o quirúrgico manifestados principalmente por mareo, náusea, vómito y cualquier trastorno del equilibrio.

**CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. Está contraindicado en casos de hemorragia cerebral reciente y síntomas extrapiramidiales.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** Pueden presentarse somnolencia y trastornos gastrointestinales. Estos son poco frecuentes y transitorios. Excepcionalmente, los pacientes de la tercera edad han descrito una apatía o una agravación de síntomas extrapiramidales durante un tratamiento prolongado. En caso necesario se deberá discontinuar el tratamiento.

**PRECAUCIONES:** STUGERON® RETARD puede causar somnolencia particularmente al inicio del tratamiento. Por lo tanto se deberá tener precaución cuando se use concomitantemente con depresivos del Sistema Nervioso Central.

**USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** Aunque en estudios en animales STUGERON® RETARD no ha mostrado efectos teratogénicos, como todas las drogas, deberá usarse durante el embarazo solo si los beneficios terapéuticos justifican los riesgos potenciales para el feto. Existe poca información sobre la excreción de STUGERON® RETARD en la leche materna, por lo tanto STUGERON® RETARD deberá administrarse en mujeres lactantes.

**INTERACCIONES:** STUGERON® RETARD puede potenciar los efectos sedativos de los depresivos del Sistema Nervioso Central, especialmente al inicio del tratamiento.

**DOSIS:** Una cápsula al día. Se recomienda tratamiento prolongado en el síndrome vertiginoso se aconseja un tratamiento no inferior a 15 días para evitar recidivas. Puede asociarse con otros medicamentos cuando se considere necesario.

**ADMINISTRACION:** Oral.

**SOBREDOSIS:** No se han reportado hasta el momento casos de sobredosis. El único síntoma de sobredosis es somnolencia. No hay antidoto específico. Si la droga se ha administrado oralmente, puede realizarse un lavado gástrico con permanganato de potasio al 0.1% mg/100 ml.

**EFFECTOS SOBRE HABILIDADES AL CONDUCIR Y USO DE MAQUINARIA:** Puede ocurrir somnolencia, especialmente al inicio del tratamiento, por lo tanto, se deberá tener precaución en actividades de conducción de automóviles y operación de maquinaria peligrosa.

**PRESENTACION:** STUGERON® RETARD se presenta en caja con 30 y 90 cápsulas de liberación prolongada, conteniendo cada cápsula mg de Cinnartina alta densidad.

Reg. No. 243M87 SSA. i. Méd. QBE-329/J.  
\* Marca Registrada.

Janssen Farmacéutica, S.A. DE C.V.  
Oficinas: Canoe 79 Col. Tizapán, C.P. 01090 México, D.F.  
Planta: Carretera Federal México-Puebla, Km. 81.5

**JANSSEN**  
FARMACEUTICA

En JANSSEN estamos comprometidos con la calidad

# Ansaid

100mg  
Grageas

## Nueva Eficacia Antiinflamatoria en Vías Respiratorias

- Rapidez de Acción
- Eficacia Clínica
- Seguridad y Tolerancia

### FARINGO-AMIGDALITIS, FARINGITIS, SINUSITIS, OTITIS Y BRONQUITIS

#### Indicaciones

Agudas y crónicas de faringitis, otitis y sinusitis.

#### Contraindicaciones

Enfermedades renales y hepáticas graves.

#### Precauciones

En pacientes con insuficiencia renal o hepática, la dosis debe ser reducida.

#### Interacciones y precauciones

Se debe tener precaución al administrar Ansaid con otros medicamentos que contengan salicilatos, ya que puede aumentar el riesgo de toxicidad. Asimismo, se debe tener precaución al administrar Ansaid con otros medicamentos que contengan salicilatos, ya que puede aumentar el riesgo de toxicidad. Asimismo, se debe tener precaución al administrar Ansaid con otros medicamentos que contengan salicilatos, ya que puede aumentar el riesgo de toxicidad.

Se debe tener precaución al administrar Ansaid con otros medicamentos que contengan salicilatos, ya que puede aumentar el riesgo de toxicidad.

#### Reacciones adversas

Se debe tener precaución al administrar Ansaid con otros medicamentos que contengan salicilatos, ya que puede aumentar el riesgo de toxicidad. Asimismo, se debe tener precaución al administrar Ansaid con otros medicamentos que contengan salicilatos, ya que puede aumentar el riesgo de toxicidad.

Se debe tener precaución al administrar Ansaid con otros medicamentos que contengan salicilatos, ya que puede aumentar el riesgo de toxicidad.

#### Interacción con otros fármacos

Se debe tener precaución al administrar Ansaid con otros medicamentos que contengan salicilatos, ya que puede aumentar el riesgo de toxicidad. Asimismo, se debe tener precaución al administrar Ansaid con otros medicamentos que contengan salicilatos, ya que puede aumentar el riesgo de toxicidad.

#### Condiciones en la dosis

La dosis inicial recomendada de Ansaid es de 200 a 300 mg (1-3 grageas)...

#### Presentación

100 mg (1 gragea)

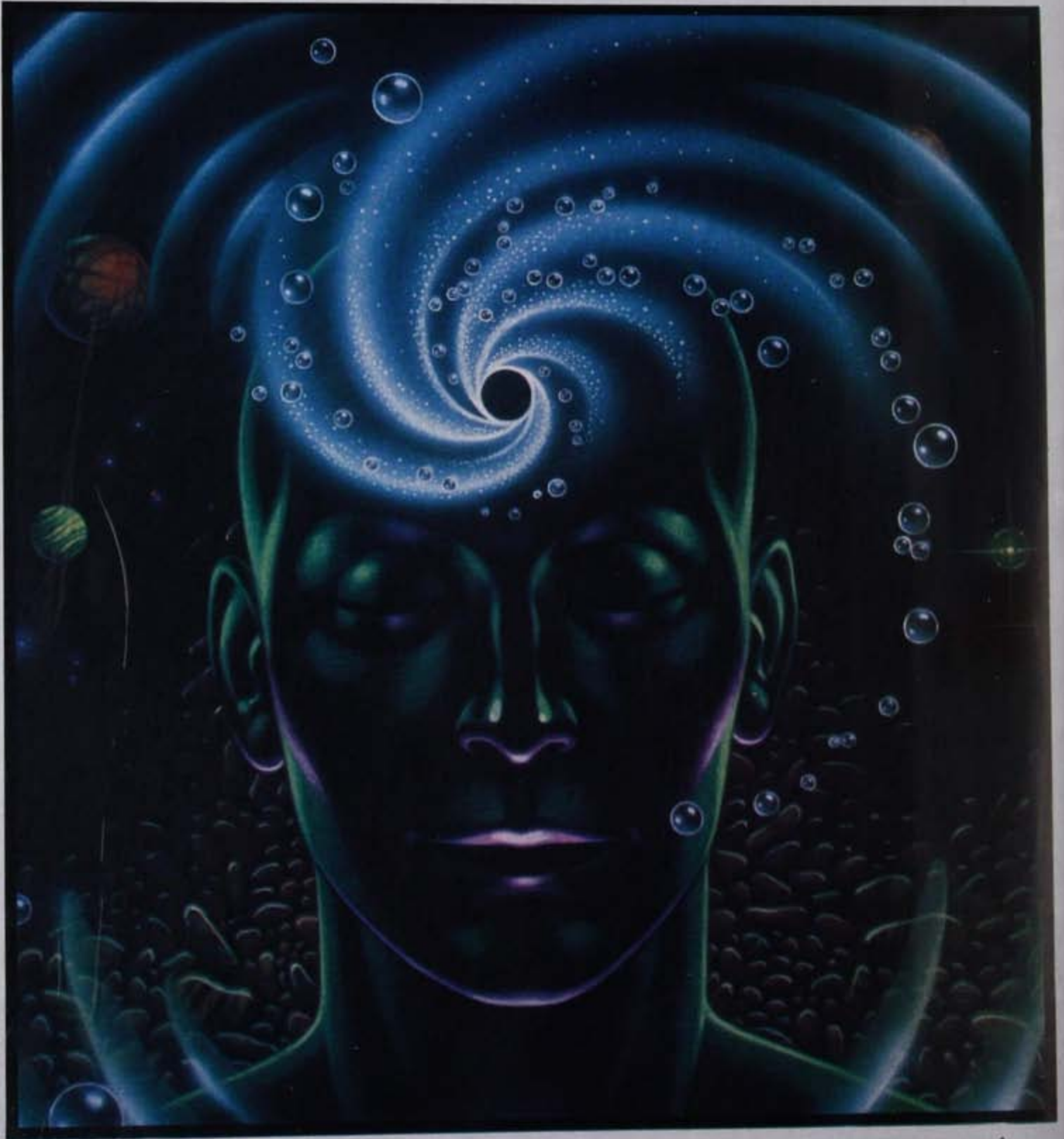
Se vende en envase de 100 grageas.

Se vende en envase de 100 grageas.

Upjohn

UPJOHN, S.A. de C.V.  
Calle de Tarpan No. 2982 C.P. 04870 México D.F.

# Hydergina<sup>®</sup> 4.5 mg

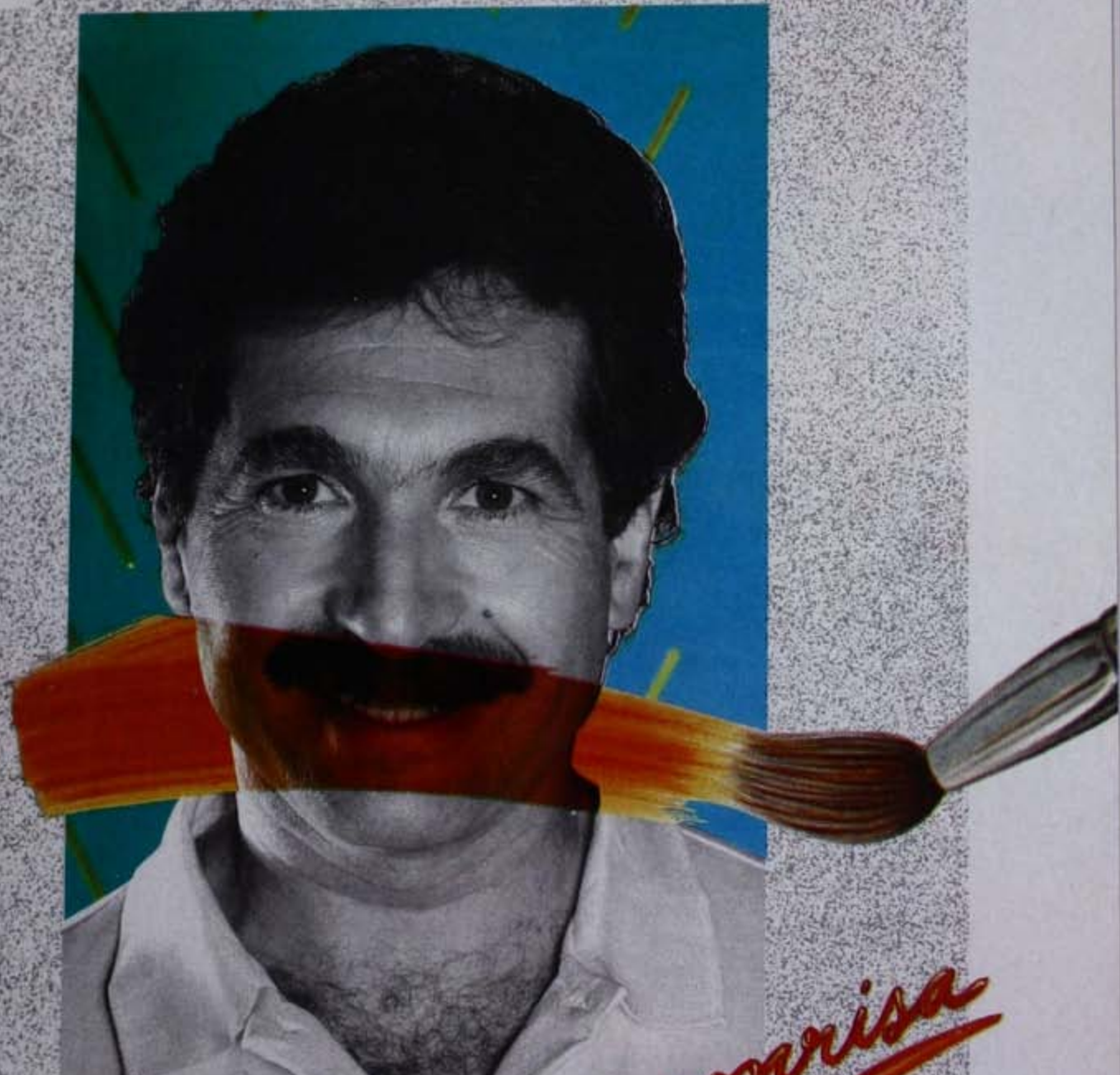


HYG-6-2000-5/89 MEX-ENC



nuevo  
**Cataflam\* dd**  
Diclofenaco potásico

grageas de 50 mg



Dibuje en su paciente una  
**En el postoperatorio**

*sorrisona*

1 gragea cada 8 horas durante la convalecencia,  
y por un periodo no mayor de 5 días

**Cataflam\* dd** le apoya para que usted ofrezca un tratamiento individualizado a su paciente.

CIBA-GEIGY



# 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.

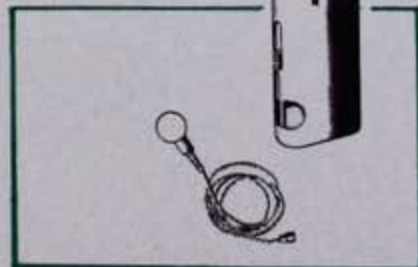
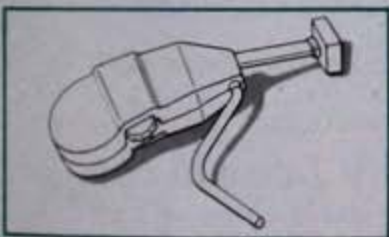
FAX: 682-67-01  
TELS. 536-44-34 523-98-22  
525-36-81 543-48-64



**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

De la investigación **GLAXO**



Respuesta actual a la **OTITIS MEDIA** de hoy



# Zinnat

Acetoxietil Cefuroxima  
**2 VECES AL DIA**

**El primer monofármaco oral estable a beta-lactamasas**

- Mayor espectro, incluyendo los patógenos causales más frecuentes de la otitis media<sup>1</sup>:
  - *Branhamella catarrhalis*\*      — *Staphylococcus aureus*
  - *Haemophilus influenzae*\*      — *Streptococcus pneumoniae*

\* Inclusive cepas ampicilino-resistentes

- Acción antibacteriana "in vitro" superior a los betalactámicos orales conocidos<sup>1,2</sup>
- Elevados índices de éxitos clínicos en el tratamiento de la otitis media —una severa prueba para cualquier antibiótico— superiores a las obtenidas con Cefaclor<sup>3</sup>
- La habitual tolerancia y seguridad de los beta-lactámicos<sup>4</sup>
- Posología sencilla, cómoda y fácil de recordar:

**1 tableta con el desayuno y 1 con la cena**

1. Prieto, J y Grupo de Estudio Español. Estudios multicéntricos de la actividad "in vitro" de cefuroxima comparada con otros antimicrobianos en aislados de origen extrahospitalario. *Rev. Esp. Quimioter.* (en prensa).

2. Data on file, Microbiology Division, Glaxo Group Research.

3. Mc Linn, S. et al. Clinical trial of cefuroxime axetil versus cefaclor for acute otitis media with effusion.

4. Issues in the treatment of upper respiratory tract infections. Proceedings of a symposium by Glaxo Holdings, held in Siena, October 18, 1987.

5. Carlson, C. et al. Estudio de la tolerancia d'un nouvel antibiotique par la cohorte de pharmacovigilance. *Thromp* 83-14 Suppl.: 369-372 (1986).

1-9667-8128-3/87

**Glaxo**

Pionero en Penicilinas  
Lider en Cefalosporinas

SINDROME VERTIGINOSO



**Stugeron<sup>MR</sup> Retard**  
JANSSEN

simplicifica el tratamiento del  
síndrome vertiginoso

# HISMANAL



HISMANAL<sup>®</sup>  
Janssen

Tabletas y Suspensión

Antihistamínico de dosis única, sin sueño.

**FORMULA:** TABLETAS: Cada tableta contiene: Astemizol 10 mg; excipiente c.b. **SUSPENSION:** Cada ml contiene: Astemizol 2 mg; excipiente c.b. **PROPIEDADES:** HISMANAL<sup>®</sup> Janssen es un potente antihistamínico oral, de acción prolongada y bloqueador altamente selectivo de los receptores H1 de la histamina que carece de efectos sedantes del SNC, no atraviesa la barrera hematoencefálica ni potencializa la acción del alcohol, tranquilizantes o depresores del SNC. **INDICACIONES:** Alergias cutáneas: Urticarias, estados pruriginosos, reacciones alérgicas debidas a medicamentos o alimentos, dermatitis eczematosa, picaduras de insectos, exantemas virales. Alergias respiratorias: Rininitis alérgica, fiebre de heno, asma estresada. Alergias varias: Conjuntivitis alérgica, alergias por parásitos u hongos. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. **PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS: EMPLEO EN EL EMBARAZO:** En animales de experimentación, Astemizol no ejerce ningún efecto sobre la fertilidad y carece de propiedades teratogénicas. A dosis sumamente elevadas (40 mg/kg), se observó embriotoxicidad en ratas pero no en conejos. La experiencia con HISMANAL<sup>®</sup> en estados de embarazo no son lo suficientemente amplias para determinar si existe alguna posibilidad de daño al feto. Por consiguiente, debe emplearse HISMANAL<sup>®</sup> en casos de embarazo solamente cuando, a juicio del médico los beneficios a lograrse sean superiores a los posibles riesgos de su empleo. **EMPLEO CONJUNTO CON SUSTANCIAS DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:** HISMANAL<sup>®</sup> no potencializa los efectos del alcohol o de otros depresores del SNC. **EMPLEO EN ACTIVIDADES QUE REQUIEREN UN ESTADO DE ALERTA MENTAL:** A la dosis recomendada, HISMANAL<sup>®</sup> no ha demostrado ejercer interferencia con las actividades que requieren un estado de alerta mental. **SOBREDOSIS:** El paciente que recibe una dosis excesiva, deberá estar vigilado estrechamente y ser sometido a un monitoreo electrocardiográfico, después de realizarle un lavado gástrico, ya que se han reportado arritmias tras la ingestión de dosis superiores a 200 mg. Estudios en pacientes con insuficiencia renal sugirieron que la hemodialisis no aumenta el aclaramiento de la sustancia. **REACCIONES SECUNDARIAS:** HISMANAL<sup>®</sup> carece de efectos secundarios de tipo sedante o anticolinérgico. Puede llegar a observarse un aumento de peso en tratamientos prolongados. **VIA DE ADMINISTRACION Oral. DOSIS: TABLETAS:** Adultos y niños mayores de 12 años: 1 tableta al día. Niños entre 6 y 12 años: 1/2 tableta al día. **SUSPENSION:** Niños menores de 6 años: 1 ml por cada 10 kg de peso corporal al día. **PRESENTACIONES:** HISMANAL<sup>®</sup> Janssen Tabletas: Caja con 10 y 30. HISMANAL<sup>®</sup> Janssen Suspensión: Frasco con 30 ml.

I. Med. PIE-1574/J

Regs. Nos. 204M82 y 205M83 S.S.A.  
MR. "Marca Registrada S.S.A."  
Su venta requiere receta médica.

JANSSEN FARMACEUTICA, S.A. DE C.V.  
Oficinas: Canoa No. 79 Col. Tizapán, 01960 México, D.F.  
Planta: Carretera Federal México-Puebla Km. 81.5  
Para mayor información, comuníquese  
con nuestra Dirección Médica  
Tel. 563-11-77

JANSSEN  
FARMACEUTICA

Miembro de  
**amif**

En JANSSEN estamos comprometidos con la calidad.

# Zinnat

Acetoxietil Cefuroxima  
2 VECES AL DIA

## INFORMACION PARA PRESCRIBIR

**NOMBRE DEL PRODUCTO: ZINNAT**

### USOS:

El acetoxietil de cefuroxima es un 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 mirabilis*, *Haemophilus influenzae* (incluido cepas resistentes a la ampicilina), *Haemophilus parainfluenzae*, *Branhamella catarrhalis*, *Neisseria gonorrhoeae* (incluido 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 meticilina), *Streptococcus pyogenes* (y otros estreptococos hemolíticos beta), *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus Grupo B (Streptococcus agalactiae)*.

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

\* Algunas cepas de los siguientes géneros 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 aliviar de los niños.  
Reg. No. 021889 S.S.A.  
LAB. 021889

Glaxo  
Pionero en Penicilinas  
Uso en Cefalosporinas

# BECONASE

Dipropionato de bedometasona

Suspensión Aerosol con dosificador

Ani-inflamatorio nasal

Para el tratamiento y profilaxis de la rinitis alérgica



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

BECONASE aerosol contiene dipropionato de bedometasona como suspensión de finas partículas en propolentes líquidos.  
**FORMULA:** Cada 100 g. contienen: Dipropionato de bedometasona 0.5 g. Vehículo c.b.p. 100 g.  
El dipropionato de bedometasona, BECONASE aerosol, es un corticoide sintético para uso tópico, con actividad anti-inflamatoria.

BECONASE aerosol alivia y previene los síntomas nasales de la rinitis alérgica tales como bloqueo nasal, hipersecreción y estornudos, haciendo innecesaria la mayoría de los casos, el uso de descongestionantes y antihistamínicos. BECONASE aerosol es diferente de otros preparados con corticoide debido a que el dipropionato de bedometasona es altamente activo en la cavidad nasal, a dosis que no tienen actividad sistémica.

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

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

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

**CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad al dipropionato de bedometasona.

**PRECAUCIONES:** Debe tenerse cuidado al transferir a pacientes que han recibido corticosteroides sistémicos al tratamiento con BECONASE aerosol, principalmente si hay alguna razón para suponer que su función renal está afectada.

Las infecciones de los pasajes nasales y senos paranasales si bien apropiadamente no constituyen una contraindicación específica para el tratamiento con BECONASE aerosol. La administración innecesaria de medicamentos durante el primer trimestre de embarazo, no es recomendable. Aunque el aerosol BECONASE controla la rinitis alérgica estacional en la mayoría de los casos, un cambio anormal en las condiciones del embarazo durante el verano requeriría una terapia adicional de apoyo en algunos casos. Los pacientes, particularmente para controlar los síntomas oculares. La administración de fármacos durante el embarazo debe considerarse únicamente si el beneficio terapéutico hacia la madre es mayor que cualquier riesgo para el feto.

No hay evidencia significativa de la seguridad del dipropionato de bedometasona en el embarazo humano. En estudios en animales se reportaron efectos típicos de los corticosteroides potentes sólo se han observado aquellos expuestos a altas dosis del medicamento.

La aplicación intranasal directa asegura un efecto sistémico mínimo. Lactancia: Se han efectuado estudios inespecíficos examinando el dipropionato de bedometasona en animales en etapa de lactancia.

Es razonable afirmar que el dipropionato de bedometasona es seguro en la leche, pero a las dosis utilizadas para aplicación intranasal directa, es de bajo potencial para alcanzar niveles significativos en la leche materna.

El dipropionato de bedometasona en madres lactantes en período de lactancia no se ha reportado como medicamento sobrasa el riesgo potencial sobre la madre o el niño.

**REACCIONES SECUNDARIAS:** Extremadamente raros casos de infección del septum nasal han sido reportados, pero ocasionalmente después de ataques de estornudos que se presentaron inmediatamente después de la aplicación del aerosol.

Como con otros aerosoles nasales, se han reportado raramente irritación de la nariz y garganta, mal sabor de boca, sensación de ardor y epistaxis.

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

La administración total no debe exceder 8 aplicaciones diarias. Para beneficio terapéutico total, el uso regular es indispensable. La mejoría se observa a partir de la primera semana de su empleo, por lo que no debe descontinuarse durante todo el tiempo que el paciente lo requiera. No se recomienda su uso en menores de 6 años.

**PRECAUCIONES FARMACEUTICAS:** El aerosol nasal BECONASE debe almacenarse por debajo de 30°C.

Como con la mayoría de los aerosoles inhalados, el efecto terapéutico del producto puede disminuir cuando el envase está frío. Protección del envase y la luz directa del sol. El envase no debe ser perforado ni usado, aun cuando aparentemente esté vacío.

**PRESENTACION:** BECONASE aerosol se presenta en envase especialmente diseñado para aplicación intranasal provisto de válvula dosificadora 50 mg. del principio activo cada vez que es accionado. Cada envase de BECONASE aerosol suministra 200 aplicaciones.

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. Antes de prescribir consulte la página VII leyenda 2. Reg. Núm. 87217 S.S.A. I. Med. PJE-1706/J

**Referencias:**  
1.- Gibson G.J., Maberly D.J., Lal S., Ali M.M. and Butler Double blind, crossover trial comparing inhaled beclomethasone dipropionate and placebo in perennial rhinitis, B.R. Med. J. 4:503-504, 1974.

2.- Hansen I. and Mygind: Local effect of inhaled beclomethasone dipropionate aerosol in perennial rhinitis. Acta Allergologica 29:261-267, 1974

Glaxo

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

Centeno No. 132 Col. Granjas Esmeralda

06810 México, D.F.

Glaxo Holdings Ltd. Londres, Inglaterra



**medicon**  
Instrumente  
ALEMANIA



**HEINE**  
OPTOTECHNIK  
ALEMANIA

**Tecfen Corporation**

USA

**m**ada  
**e**quipment  
**C**ompany inc.  
USA

**AHORA EN MEXICO!**

**INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TODAS LAS ESPECIALIDADES  
DE CIRUGIA Y MICROCIROGIA**

**TODO TIPO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO  
ORL • OFTALMOLOGIA • GASTROENTEROLOGIA • VETERINARIA, ETC.**

- PROTECTORES AUDITIVOS
- PROTESIS Y TUBOS DE VENTILACION
- MICROFRESADORAS DE ALTA CALIDAD
- SISTEMA HEINL DE MINIPLACAS Y MICROPLACAS DE TITANIO PARA FIJACION RIGIDA
- MICROSCOPIOS
- NEBULIZADORES
- INSTRUMENTAL DENTAL
- JERINGAS MADAJET SIN AGUJA
- ESTERILIZADORES POR ULTRASONIDO
- DIGIPEX MEDIDOR ELECTRONICO PARA PROFUNDIDAD EN ENDODONCIA
- EQUIPOS DE OXIGENO PARA EMERGENCIA



FIJACION RIGIDA CON MINIPLACAS DE TITANIO



OTOSCOPIO BETA 200 OFTALMOSCOPIO BETA 200



JERINGAS SIN AGUJA



**DOMINGO**

**INDUSTRIA DE INSTRUMENTACION  
Y MICROCIROGIA, S. DE R.L. DE C.V.**

YUCATAN No. 26 COL. ROMA 06700 MEXICO, D.F.  
TEL.: 574-4648 TELEFAX: (915) 5847192

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

# FLANAX<sup>®</sup>



**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**

FUNDADA EN 1949

## PAGINA DEL DIRECTOR

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

Director-Editor

Dr. Rafael García Palmer

Consejo de Redacción

Dr. José Antonio Arroyo Castelazo

Dr. Miguel Arroyo Castelazo

Dr. Marco Fidel Ayora Romero

Dr. 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  
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y  
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO  
90-91

Dr. Juan Felipe Sánchez Marle

Presidente

Dr. Armando González Romero

Vice-Presidente

Dr. Raúl Ortiz Lara

Secretario

Dr. Rafael Navarro Meneses

Tesorero

Impreso en

Impresora y Editora Técnica S.A.

Dir. Gral. de Derecho de Autor

Registro No. 228-78

Certificado de Licitud

de contenido 929

Certificado de Licitud

de título 1625

Eugenia 13-403 C.P. 03810

México, D.F. Tels. 669-02-63 y 543-93-63

Dirección de Correos

Correspondencia de 2ª clase

Registro DGC No. 0730985

Características 220241116

*El avance del conocimiento es vertiginoso, lo que se modifica del saber en la ciencia es sorprendente, más evidente resulta al estrechar el campo de estudio.*

*En nuestro específico tema de la medicina, nos asombra cada vez que leemos una revista, lo que sabíamos de un algo, debe de ser adecuado aunque sea poco; cada vez que estudiamos un capítulo hemos de redefinir nuestro esquema de ese saber. Cada día somos más hombres del conocimiento, del nuevo conocimiento, del conocimiento reorientado, o mejor redefinido.*

*En estos últimos años, la Sociedad ha mostrado una gran preocupación en lograr actualizar el conocimiento médico de sus miembros; los medios han sido usados y los resultados son tangibles, existe un amplio programa de Educación Médica Continua, del que de alguna manera participa esta Revista, hay además sinnúmero de temas de actualización dirigidos a los especialistas, a los residentes, a los médicos generales, son numerosos y existen desde hace tiempo.*

*La novedad que esta instrumentando ahora la Sociedad, son los métodos de educación, que llamaremos personales, pues requerimos sólo de la disposición de llevarlos a cabo a través de un trabajo personal. Ellos consisten en cuestionarios por áreas de la especialidad, que al seleccionar la respuesta de entre varias, se cotejará con las respuestas correctas y la lectura de una referencia bibliográfica, además de confirmar la respuesta se encuentra una síntesis del tema.*

*Están por aparecer dos armas nuevas de gran interés, las monografías sobre temas específicos, actualizados, profusamente ilustradas y con gran cantidad de referencias que nos permitirán a los especialistas ponernos al día en un punto específico; este esfuerzo, realizado por un grupo de expertos de una institución, requieren de continuidad y de trabajo.*

*El otro, el "caso problema" que será presentado en un diskette, para ser resuelto con la ayuda de una computadora y que planteará además del problema clínico y su supuesto tratamiento, las áreas del conocimiento y las referencias bibliográficas de interés.*

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

*Ojalá que los miembros de nuestra Sociedad participen en este esfuerzo, tanto en el estudio de estos materiales como en el esfuerzo que significa su creación, pues de esta manera todos haremos una mejor otorrinolaringología que es la meta común que nos une.*

**Dr. Rafael García Palmer**  
**Director - Editor.**

# TRABAJOS PROSPECTIVOS

## Botón de silastic para la cirugía funcional del seno maxilar.

Dr. J. Ramón ESCAJADILLO\*

*Resumen.*- Existe una incidencia del 15 al 20% de estenosis del ostium natural del antro maxilar posterior a la realización de un ostium artificial en el meato medio. Con la intención de mejorar este problema se diseñó un botón de silastic, el cual se introduce a través de una antróstomía anterior, y se fija a la pared lateral de la nariz después de la realización de una antróstomía media por las fontanelas anterior y/o posterior. Se estudiaron un total de 20 pacientes adultos con sinusitis maxilar crónica; en 10 casos, la patología fue bilateral, por lo que el botón se empleó tan sólo en un lado, dejando al contralateral como control. Los resultados mostraron que en todos los casos en los que se empleó el botón, se obtuvo un ostium patente, a diferencia del grupo control, en que se obtuvieron los mismos resultados en el 70% de los casos. La prótesis fue bien tolerada, y la morbilidad mínima, por

lo que se sugiere su empleo, valorando los resultados a más largo plazo.

**Palabras clave:** antróstomía, sinusitis crónica, botón de teflón.

*Summary.*- Fifteen to 20% of the cases in which a middle meatus artificial ostium is made, develop stenosis of the natural ostium. To overcome this problem, a medical grade silastic button for the maxillary sinus was designed. It is introduced through an anterior antrotomy and fixed on the lateral wall of the nose after doing a middle meatal antrotomy through the anterior or posterior fontanella. Twenty adult patients with chronic maxillary sinusitis were studied; 10 had a bilateral disease and the button was employed on just one side, leaving the contralateral as a control. Results showed that, in all the cases in which the button was used, a patent ostium was obtained, compared to 7 out of 10 cases of the control group. The device was well tolerated, and the morbidity was minimal. Due to this, we encourage its use.

### INTRODUCCION

En 1889, Küster<sup>1</sup> indicó que el tratamiento de la sinusitis maxilar crónica debería consistir en la remoción de la membrana mucosa afectada y en proveer un adecuado drenaje a través de una abertura intranasal. En la actualidad, el concepto de la obstrucción osteomeatal es fundamental para la cirugía funcional endoscópica de los senos paranasales. La importancia en el restablecimiento de la ventilación y el drenaje en el tratamiento de la sinusitis maxilar es un hecho aceptado en la literatura, y últimamente ha existido una tendencia a realizar más antróstomías en el meato medio a través de las fontanelas nasales anterior o posterior.<sup>2</sup>

Kubo,<sup>3</sup> al inicio de este siglo, observa que un ostium artificial en el meato medio tenía menor tendencia a desarrollar estenosis que un ostium elaborado en el meato inferior. Sin embargo, Kennedy<sup>4</sup> todavía reporta una incidencia del 15% de cierre o de estrechamiento evidente del ostium posterior a la realización de una antróstomía endoscópica intranasal en el meato medio. En la experiencia personal del autor, esta incidencia alcanza hasta el 20% de los casos. Debido a

\* Centro Médico Alpha, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, B.C., México.

esto, se diseña un botón de silastic para el seno maxilar con el objeto de sobreponer algunos de los problemas asociados con la pérdida de ventilación y estenosis del ostium.

## MATERIALES Y METODOS

La prótesis está elaborada con silicón para uso médico; cuenta con dos orificios, uno para el meato medio y el otro para la pared lateral del seno maxilar. Tiene, además, un cordón, también de silastic, adherido al orificio meatal, con la intención de ayudar a la visualización y localización durante la consulta rinológica subsecuente.

Posterior a la aprobación del Comité Ético del Hospital, se procedió a utilizar esta prótesis en 20 pacientes, 10 de los cuales padecían de una sinusitis maxilo-etmoidal sin pólipos, 8 de una sinusitis crónica con pólipos y 2 con mucocelos. Diez pacientes padecían la enfermedad en forma bilateral y en ellos el botón de silastic se insertó en el sitio con mayor patología macroscópica, usando así al lado contralateral como control. El mismo procedimiento quirúrgico se realizó en forma bilateral, con la excepción de la inserción del botón.

## TECNICA QUIRURGICA

1. Posterior al aseo externo de la boca y de la región nasal, se procede a la infiltración local con xilocaína y epinefrina en la región gingivo-bucal, siguiendo de la pared lateral de la nariz.
2. Se realiza una incisión gingivo-bucal, lateral al canino, de 2 a 3 cm.
3. Se procede a elevar el periosteo por encima del nivel de las raíces dentarias y, con la ayuda de una fresa quirúrgica, se realiza una antrostomía anterior, teniendo cuidado de proteger al nervio infraorbitario, para lo cual se emplea un retractor tipo Army-Navy. Una abertura circular de 1.5 a 2 cm



**Figura 1**

Excisión de tejido polipoido a través de la antrostomía anterior. Se creó una abertura de 1.5 cm con la ayuda de la fresa quirúrgica

será suficiente para visualizar en forma clara la patología del antro maxilar (ver Figura 1). No siempre es necesario remover la mucosa que cubre al antro maxilar, aunque lo anterior está indicado en casos de poliposis, mucocelos, papilomas o hipertrofia excesiva.

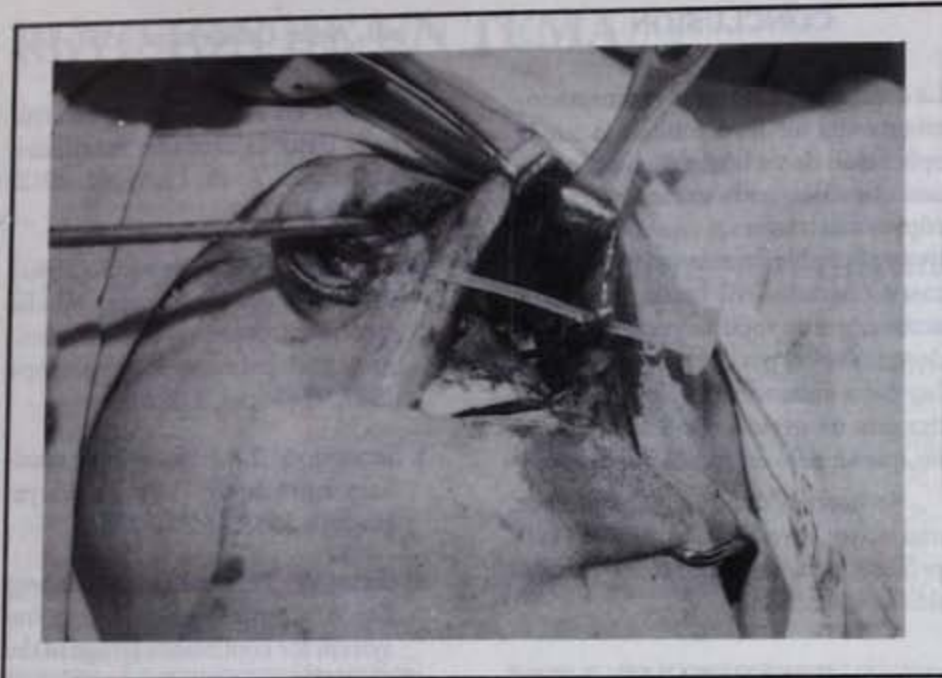
4. En seguida, se introduce un endoscopio nasal rígido (Wolf 25° o Storz 30°), a través de la antrostomía para corroborar el estado de la mucosa y del ostium natural del seno.
5. Se procede a la medialización del cornete medio con la ayuda de un elevador de McKenty, y se efectúa una infundibulotomía con la remoción del proceso uncinado, exponiendo a la bula etmoidal, la cual se abre y reseca, posterior a lo cual se efectúa una limpieza de las celdillas etmoidales anteriores y posteriores.
6. El siguiente paso consiste en examinar al ostium del antro maxilar, el cual se localiza aproximadamente entre el tercio anterior y los dos tercios posteriores del cornete medio. Es frecuente encontrarlo obstruido por edema de

la mucosa.

7. Se realiza una antrostomía meatal media a través de las fontanelas anterior o posterior con la ayuda de un trocar; dicha abertura podrá ser alargada con el empleo de forceps etmoidales.

8. Introducción del botón de silastic: Se efectúa con un forceps flexible, especialmente diseñado para prensar el cordón de silastic adherido a la porción intranasal de la prótesis. Así, la cabeza del forceps flexible se introduce por la antrostomía meatal media, dirigiéndolo hacia el antro maxilar y sacándolo a través de la antrostomía anterior. En seguida, el cordón del botón se introduce en un orificio especialmente diseñado en la cabeza del forceps flexible y es jalado hacia el antro maxilar. Una pequeña tracción será suficiente para que el lado del botón con el cordón de silastic alcance el meato medio (ver Figuras 2 y 3).

Con la ayuda del endoscopio nasal (25° y 70°) se corrobora la posición del botón de silastic y el seno maxilar se



**Figura 2**

Introducción del botón de silastic. El forceps flexible especialmente diseñado para prensar a la prótesis de silastic puede apreciarse claramente a través de la antrostomía anterior. Posterior a ello se realiza una pequeña tracción hasta que el cordón y uno de los lados del botón alcancen a la antrostomía realizada en el meato medio.

inspecciona a través del orificio central de este último. Se recomienda dejar este implante por espacio de 8 semanas.

9. Se aplica un taponamiento nasal ligero por 3 días, y la herida gingivobucal se cierra con catgut crómico 4-0.

## RESULTADOS

Se realizaron un total de 30 procedimientos en 20 pacientes adultos (12 hombres y 8 mujeres). Las edades fluctuaron entre 20 y 45 años, con una media de 30.

Seis pacientes (30%) tenían el antecedente de una cirugía del seno maxilar previa. En todos los casos se obtuvo un seguimiento durante las primeras 8 semanas, y en 16 (80%) durante 12 a 18 meses. Cuatro casos no pudieron seguirse por haber cambiado de residencia.

El botón de silastic se empleó en 20 de los 30 procedimientos. En todos los casos, las antrostomías meatales

medias se efectuaron sin dificultad, usando para ello la fontanela posterior en 20 procedimientos y la anterior en 10.

Los pacientes toleraron bien el procedimiento. A los 2 meses de postoperatorio, todos, excepto uno, tuvieron una mejoría significativa de los síntomas y, durante este periodo, el botón de silastic fue removido en el consultorio bajo anestesia local, con la ayuda de una pinza de Kelly. En un paciente fue difícil esta maniobra, debido al sobrecrecimiento de hueso alrededor de la antrostomía en la fontanela anterior. La falla en la mejoría de los síntomas en el paciente se relacionó también con una falta de control adecuado de su diabetes.

A los 6 meses de seguimiento, todos los pacientes a quienes se les aplicó el botón de silastic mostraron un ostium funcional y patente en la región de la antrostomía meatal media, ocurriendo lo mismo en 7 de 10 en quienes no fue empleada esta prótesis.

En 4 casos fue necesario el empleo

de antibióticos por más de una semana, debido a la presencia de inflamación local con granulaciones de la mucosa alrededor del botón, mismas que desaparecieron al poco tiempo. En 12 de los casos (60%) pudo apreciarse el transporte de secreciones vía el ostium de la fontanela.

No se presentaron complicaciones intra-operatorias o post-operatorias. Tres pacientes refirieron parestesias en la mejilla, las cuales duraron por un periodo de 3 meses; ninguna fue permanente.

## COMENTARIO

Como ha señalado Kennedy,<sup>4</sup> la mayor ventaja de la antrostomía meatal media consiste en la posibilidad de restaurar la permeabilidad del ostium, así como remover la patología etmoidal anterior que frecuentemente se asocia. Sander-son<sup>5</sup> propuso, en 1983, el uso de un tubo de ventilación de polietileno, el cual se colocaba a través del ostium natural del seno maxilar, dejándolo en dicho lugar por un periodo de 6 meses; los pacientes toleraban dicho procedimiento en forma adecuada y los resultados fueron satisfactorios.

Otros autores, como Bertal<sup>6</sup> y Sculerati,<sup>7</sup> han reportado una buena tolerancia con el empleo de prótesis de silastic y de polietileno intranasales; estos resultados concuerdan con los obtenidos en el presente estudio.

Observamos una pateticidad del lumen del ostium del 100% cuando se utilizó el botón de silastic, comparado con un 70% de resultados satisfactorios cuando tan sólo se efectuó la antrostomía meatal media. Lo anterior puede estar relacionado con la producción de ostium de deficiente tamaño a través de las fontanelas anterior y/o posterior.

La baja incidencia de parestesias que se presentaron posterior a la realización de la antrostomía anterior pue-



**Figura 3**

Fotografía de un cráneo en el que se aprecia cómo uno de los extremos del botón de silastic alcanza el meato medio.

de deberse al empleo de la fresa quirúrgica en lugar del tradicional martillo y cincel, ya que estos últimos producen fracturas similares a las que se aprecian en una cáscara de huevo, con lo que es difícil controlar el trazo fracturario, poniendo por ende en mayor riesgo al nervio infraorbitario.<sup>8</sup>

## CONCLUSION

La antrostomía anterior y la antrostomía meatal media combinadas con la aplicación de un botón de silastic y de una etmoidectomía intranasal endoscópica mostraron ser una cirugía efectiva y confiable en más del 90% de los casos operados. El botón de silastic actúa como un soporte y como un tubo de ventilación para el antro maxilar, y fue bien tolerado por los pacientes durante un periodo de 8 semanas, en las que se dejó en forma intranasal.

Se hace evidente la necesidad de una mayor investigación y uso de esta prótesis para corroborar los resultados aquí emitidos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Küster, E.: Ueber die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen, mit besonderer Berücksichtigung der Empyems der Pleura. Dtsch. Med. Wochenschr. 1989, 15: 233-236.
2. Straatman, N.J.A., Buitter, C.T.: Endoscopic surgery of the nasal fontanel. Arch. Otolaryngol. 1981, 107: 290-293.
3. Kubo, I.: De l'ouverture supratubinale dans la sinusite maxillaire chronique. Arch. Laryngol. 1912, 23:349-354.
4. Kennedy, D.W., Zinreich, S.J., Shalhan, H, et al.: Endoscopic middle meatal antrostomy: Theory, technique, and patency. Laryngoscope 1987, 97 (Suppl. 43): 1-9.
5. Sanderson, B.A.: Physiologic maxillary antrostomy.- Update. Laryngoscope 1983, 93: 180-183.
6. Bartal, N., Puterman, M., Grinberg, L.: A simple and advantageous system for continuous lavage of the maxillary sinus. Laryngoscope 1984, 94: 976-977.
7. Sculerati, N., Stool, S.E.: A long-term, indwelling stent for maintenance of nasal patency in choanal atresia. Laryngoscope 1988, 98:679-680.
8. Yarrington, C.T.: The Caldwell-Luc operation revisited. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1984, 93:380-384.



# REVISION DE UN TEMA

## Efectos respiratorios de la respiración intramuros

Dr. José A. GUTIERREZ MARCOS\*  
Dr. Fausto LOPEZ INFANTE\*\*  
Ing. Quím. Luis Manuel GUERRA\*\*\*  
Dr. Ernesto REYES GONZALEZ\*\*\*\*  
Dr. Jaime FANDIÑO\*\*\*\*\*  
Dr. Dámaso ENNIS\*\*\*\*\*  
Dr. Víctor E. VERA MARTINEZ\*\*\*\*\*

*Resumen.* - La contaminación ambiental constituye un grave problema en cualesquiera de las grandes ciudades del mundo, sin embargo debe considerarse dentro de la clasificación a la que abarca la exposición del individuo en ambientes externos así como en los interiores, debiéndose pensar que la mayoría de la población transcurre un gran porcentaje de su vida, expuesto a los ambientes interiores en los que se reco-

*nocen a varios contaminantes diferentes de los que existen en el exterior; de estos contaminantes de ambientes interiores, se establece al humo de cigarrillo como el principal, habiéndose desarrollado en varios países ya normas y legislaciones que señalan lugares específicos para fumadores y no fumadores, sobre todo en sitios públicos. También se ha relacionado en diversos estudios experimentales y epidemiológicos, a la exposición del ser humano con este tipo de contaminación y el desarrollo de cuadros respiratorios repetitivos, llegando hasta la presencia de cáncer pulmonar y en otras estructuras orgánicas.*

*Se concluye proponiendo las posibles vías de integración cancerígena y la necesidad de establecer leyes en nuestro país así como educación masiva acerca del daño en el sujeto expuesto.*

**Palabras clave:** contaminación interna, cigarrillo, humo.

*Summary.* - *The author enhances the importance of cigarette smoke as the main indoor pollutant. The roll of ciga-*

*rette smoke in respiratory diseases, including cancer has been recognized, and the need of education and legislation that protects the smokers and particularly the non smokers is one of our primary concerns.*

### INTRODUCCION

Diferentes episodios de mortalidad humana en relación con ambientes contaminados han ocurrido durante el presente siglo. Es un hecho aceptado en la actualidad, que la contaminación ambiental se encuentra en relación con alteraciones diversas en el organismo.

En varios países se han desarrollado diferentes legislaciones para proteger este tipo de modificaciones, tanto en el ambiente externo como en el interno; sin embargo, la investigación acerca de la importancia de la contaminación "intra-muros" y su repercusión en la salud, se ha iniciado apenas hace dos o tres décadas, basada principalmente en la poca o nula ventilación de las construcciones modernas, en aras de conservar la energía, pero con el inconveniente de incrementar

\* Médico adscrito al servicio de ORL del Hosp. 20 de Noviembre, ISSSTE.

\*\* Tutor de la especialidad en rinología para residentes del tercer año de ORL.

\*\*\* Director del Instituto Autónomo de Investigaciones Ecológicas.

\*\*\*\* Médico adscrito al servicio de ORL del Hosp. Fernando Quiróz, ISSSTE.

\*\*\*\*\* Médico residente del tercer año de la especialidad en ORL, Hosp. 20 de Noviembre, ISSSTE.

\*\*\*\*\* Médico residente del tercer año de la especialidad en ORL, Hosp. Adolfo López Mateos, ISSSTE.

\*\*\*\*\* Jefe de Enseñanza de la clínica # 2 del IMSS.

la concentración de contaminantes producidos por el mismo ser humano.<sup>1</sup>

Así en la actualidad, encontramos en la literatura referencias diversas acerca de los efectos de la contaminación en la salud del sujeto expuesto en ambientes internos, sus orígenes y concentraciones así como su prevención, repercusiones políticas y económicas.<sup>2,3</sup>

Aun cuando muchos de los efectos en la salud reportados como consecuencia de los contaminantes intramuros son sujetas a críticas escépticas, lo cierto es que los resultados epidemiológicos, clínicos y de investigación en animales de laboratorio, deben ser tomados en cuenta por el médico especialista en otorrinolaringología, para poder explicarse la evolución de muchos padecimientos respiratorios con los que se enfrenta en la consulta diaria, sobre todo en lo que a pacientes pediátricos se refiere. Es importante también, el que la población en general esté consciente de cuales son las principales fuentes de producción en este tipo de contaminación, para que pueda tomar las medidas de protección contra ellas. En la actualidad se considera como la principal fuente de contaminación interna al humo de cigarrillo.<sup>4</sup>

La mayoría de la población se preocupa enormemente por la contaminación ambiental externa (o "extra-muros"), la cual efectivamente constituye un grave problema en las grandes ciudades del planeta, sin embargo, hay que pensar que el habitante de cualquiera de estos lugares se encontrará en contacto con el aire ambiental externo a lo sumo de 2 a 4 h al día, transcurriendo el resto del tiempo en el ambiente hogareño o de su oficina, provocando así la situación de que los contaminantes presentes en estos últimos, serán los que permanecerán en relación durante mayor tiempo con sus estructuras respiratorias.<sup>5</sup>

Para protegerse de las condiciones atmosféricas cambiantes el ser humano ha desarrollado diferentes lugares de estancia o trabajo, que se han ido modificando gradualmente, hasta llegar a los actuales, en los que se obtiene poca o nula ventilación interior, lo que ocasiona que aun cuando la capacidad para modificar el aire interior de las habitaciones se haya contaminado, a la vez se ocasione que los contaminantes producidos por el propio ser humano, sus actividades y hábitos, constituyan elementos contaminantes muy difíciles de desechar; todo esto provoca la necesidad de establecer adecuadas medidas de ventilación, así como zonas específicas para fumadores, los que originan al más importante contaminante interno: el humo del cigarrillo.<sup>6</sup>

### FUENTES DE PRODUCCION DE CONTAMINACION INTRAMUROS

Las concentraciones de contaminantes en el ambiente interno dependen no solamente de los que prevalecen en el exterior, sino también de la capacidad de infiltración hacia el interior del tóxico, la reactividad de éste y en el caso de las partículas, su tamaño y características particulares.<sup>7</sup>

#### Cuadro 1

PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO EN DIFERENTES LOCALIDADES INTRA-MUROS (EN HORAS)

LUGAR	TRABAJADORES	ESPOSAS	NIÑOS
HOGAR	13.4	20.5	16.0
OFICINA O ESCUELA	6.7	(0)	5.5
TRANSITO	1.6	1.0	1.0
AMBIENTE EXTERNO	0.7	0.4	0.4
OTROS AMBIENTES INTERNOS	1.6	2.1	1.1

Fuente: State of art; Indoor air pollution, pag. 1488 Lefcoe Neville M., et al.

Así por ejemplo, el ozono, que es uno de los principales contaminantes externos, caracterizado por una gran reactividad en ambientes abiertos, al penetrar en una habitación, se decanta rápidamente por su facilidad para reaccionar con cualquier superficie de contacto. En las áreas de mayor concentración de ozono, la evaluación de su presencia en áreas internas, va hasta más de un 50% por debajo de las detectadas en el exterior.

La principal fuente de contaminación en el interior, como ya se ha mencionado, proviene del humo de cigarrillo, presentándose así mismo otros contaminantes de mayor o menor importancia, dependiendo de las características del medio ambiente interior. (Cuadro 1).

Un cigarrillo genera aproximadamente 25 mg de partículas directas hacia el fumador activo; en cambio cerca de 60 mg se envían hacia el fumador pasivo. Así este último se encuentra sujeto a la exposición de una serie de partículas inhaladas en el corto lapso que lleva la combustión de un cigarrillo, las cuales son equivalentes en cantidad a las que se encontraría expuesto durante 24 h. en un ambiente externo.<sup>8</sup>

## COMENTARIO

La difusión de esta problemática en general y la solicitud de su legislación con limitación de áreas, tiene implicaciones tanto económicas como políticas, ya que requiere de acciones que repercuten directamente en consumidores de productos, diseños de materiales de construcción, métodos de conservación de energía y ventilación correctos y sobre todo la regulación de lugares específicos para fumadores en lugares públicos.<sup>9</sup>

Si somos conscientes de el promedio de aire respirado por un adulto (alrededor de 15 l de aire diarios) y lo comparamos con el Kilo a Kilo y medio de alimento que necesita el mismo diariamente, podemos pensar por simple comparación cuantitativa que los medios de defensa necesarios para combatir a los materiales nocivos provenientes del medio aéreo, deben ser mayores que los que existen en las vías digestivas. Así entonces, cualquier pequeño cambio en las propiedades de este aire, puede significar un gran trastorno en los mecanismos defensivos del organismo.<sup>10</sup>

Los riesgos de alterar la salud por la contaminación aérea, serán proporcionales a la exposición personal de cada individuo a determinado contaminante y no solamente por la concentración del mismo en el medio ambiente. De esta manera, podemos observar cómo los patrones de las diferentes actividades humanas y el tiempo que se emplea en cada una de ellas, determinan la importancia de los contaminantes intramuros en el habitante común y corriente. (Cuadro 2).

Por ejemplo, el dióxido de nitrógeno proveniente de las estufas alimentadas por gas, provoca aumento en la resistencia de las vías aéreas, así como cambios estructurales en el tejido pulmonar, cuando su exposición es constante y alta.

Cuadro 2

### PRINCIPALES CONTAMINANTES EN AMBIENTES INTERNOS

LUGAR	CONTAMINANTES
HOGAR	Humo de cigarrillo, hidrocarburos policíclicos aromáticos, monóxido de carbono, dióxido de nitrógeno y formaldehídos
OFICINA	Humo de cigarrillo, hidrocarburos policíclicos volátiles, monóxido de carbono, formaldehídos. En el aire acondicionado, agentes biológicos.
TRANSPORTES	Humo de cigarrillo, monóxido de carbono. Aire externo: ozono y plomo. Aire acondicionado: agentes biológicos.

Fuente: State of the art; Indoor air pollution, pág. 1489. Lefcoe Neville M., et al.

El cigarrillo, aun en bajas cantidades, desprende al consumirse gran cantidad de partículas, de mucha mayor toxicidad por unidad de masa para el fumador pasivo (esto es, aquel que está expuesto al humo del mismo sin su consentimiento), ya que contiene sustancias cancerígenas y desprende monóxido de carbono.

El monóxido de carbono, ocasiona la formación de carboxihemoglobina, reduciendo con ello la capacidad sanguínea de transporte de oxígeno. No existe defensa alguna contra la inhalación de este contaminante; en una habitación común y corriente, en la que se encuentre un fumador activo y un pasivo, la concentración de monóxido de carbono inhalada puede llegar a ser de 460 mg/m<sup>3</sup> (400 ppm), siendo la concentración ideal recomendada por la Organización Mundial de la Salud de 56 mg/m<sup>3</sup> (50 ppm), lo que resultará en la pérdida de un 10% aproximadamente de la capacidad para la transportación de oxígeno sanguíneo en el fumador pasivo.<sup>11</sup>

## CONCLUSIONES

Desde hace cuatro décadas aproximadamente, se ha insistido en los riesgos que el tabaquismo implica en el organismo, pudiéndose citar innumerables trabajos científicos y epidemiológicos

con el objeto de prevenir se morbi-mortalidad.<sup>12, 13</sup>

Sin embargo, no ha sido sino hasta hace unos cuantos años que se han enfatizado las reacciones orgánicas que suceden en el sujeto involuntariamente expuesto al humo de cigarrillo y llamado por ello fumador pasivo.

Este tipo de exposición provoca la inhalación no sólo del humo exhalado por el fumador activo, sino también al producto de la combustión directa del cigarrillo, debido a las altas temperaturas que se desarrollan en la colilla, que provocan que la mayoría de los productos, consecuencia de la pirólisis, se encuentren en el humo que proviene de la misma, ocasionando así una enorme concentración en los productos tóxicos y carcinogénicos.

Aun cuando la mayoría de los estudios acerca de las consecuencias de la exposición a estos contaminantes se refieren a los cambios que ocurren en las vías respiratorias, han ido apareciendo en fechas recientes, estudios relacionados con cáncer en otras zonas del organismo, padecimientos isquémicos cardíacos, muerte súbita en el infante y bajo peso al nacimiento.<sup>14</sup>

En los niños fumadores pasivos, aumenta la incidencia de cuadros respiratorios, incrementando así mismo la frecuencia de ellos hasta convertirlos en crónicos. Además, los niños,

hijos de padre fumadores, muestran una reducción en la función pulmonar en comparación con aquellos no expuestos.<sup>15</sup>

Cuando ambos padres son fumadores activos, la frecuencia de los cuadros respiratorios en sus hijos se incrementa notablemente antes de los dos años de edad, con respecto a los niños no sujetos a este contaminante, llegando incluso a relacionarse la intensidad de los cuadros respiratorios con la del número de cigarrillos consumidos durante la exposición.<sup>16</sup>

Algunos estudios demuestran también el hecho de que los niños expuestos al humo de cigarrillo en sus hogares, tienen una mayor propensión a presentar cuadros de otitis media, ya sea catarral o serosa.<sup>17</sup>

Los estudios epidemiológicos más recientes indican la relación de la exposición al humo de cigarrillo en el adulto y su influencia en la función pulmonar, así como la tendencia a la persistencia de los síntomas respiratorios en las personas no fumadoras que conviven con fumadores, en comparación con aquellas no fumadoras que habitan en un ambiente no contaminado.<sup>18</sup>

En virtud de todos estos ejemplos concluyentes, la Organización Mundial de la Salud, ha dictaminado que:

“La exposición al humo de cigarrillo en forma pasiva conduce al riesgo de adquirir alguna forma de alteración orgánica, generalmente de tipo respiratoria, que puede llegar a finalizar en cáncer”.

Esta conclusión ha sido basada principalmente en las características del humo inhalado y exhalado por el fumador activo y el que produce directamente el cigarrillo en su combustión y es inhalado por el fumador pasivo, así como la relación de la dosis-respuesta individual para la carcinogénesis.<sup>19</sup>

La acción carcinogénica del humo de cigarrillo en el fumador pasivo puede explicarse como sigue:

1. El cáncer puede ser iniciado por varios estímulos, que pueden ser:

a. Químicos

b. Radioactivos

c. Hereditarios

Algunos de los iniciadores químicos (por ejemplo: benzopirenos, rayos ultravioleta, etc.) se encuentra en forma normal en el ambiente y otros se localizan en una concentración mucho mayor en el humo producido directamente por el consumo de la colilla.

2. La exposición a umbrales bajos de estos iniciadores puede ser mucho más efectiva cuando se combinan otros factores llamados co-carcinogénicos, los cuales componen en forma importante al humo de cigarrillo (fenoles, alcoholes de cadenas largas y ésteres).

3. Los hidrocarburos y muchos otros promotores cancerígenos, pueden ser absorbidos a través de las vías respiratorias y ser distribuidos al torrente circulatorio, para desde allí llegar a los tejidos del organismo.<sup>20</sup>

Todo esto obliga a pensar en la necesidad de establecer normas y leyes en relación a los ambientes susceptibles de contaminación por humo de cigarrillo, por lo que proponemos que se pugne a través de las sociedades médicas para la creación de zonas específicas para fumadores y no fumadores en lugares públicos, la necesidad de establecer los derechos del fumador pasivo para limitar el consumo de cigarrillo en ambientes cerrados, así como la difusión de las consecuencias conocidas a través de diferentes publicaciones médicas en los que a lesiones orgánicas se refiere, destacando la posibilidad del desarrollo de algún tipo de patología cancerosa, principalmente respiratoria, independientemente de la mayor incidencia de cuadros rino-bronquiales en fumadores pasivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Wesley Horton A.: Indoor tobacco smoke pollution *Cancer*, 1988,62:6-14.
2. Lefcoe Neville M., Achley M.J.: The health risks of passive smoking. *Chest*, 1983, 83:90-95.
3. Andersen B.D., Iams J.D.: Cotinine in amniotic fluids from passive smokers. *Lancet* 1982, 1:791-792.
4. Dahms T.E., Bolin J.F.: Passive smoking; effects on bronchial asthma *Chest* 1982; 155:1-30
5. Liard R., Perdizet S.: Wheezy bronchitis in infants and parents smoking habits. *Lancet*; 1982;1:334-335.
6. Tager I.B., Scott T.: Longitudinal study of the effects of maternal smoking on pulmonary function in children. *New Eng. Journ. Med.*, 1983, 309:699-703.
7. Rubin D., Leventhal J.: Effect of passive smoking on birthweight. *Lancet*, 1986; 23:415-417.
8. Cole H.: Studying reproductive risks, smoking. *JAMA* 1986;255:22-23.
9. Pedreira F.A.: Involuntary smoking and incidence of respiratory illness during the first year of life. *Pediatrics*, 1985; 75:594-597.
10. Greenberg R.A.: Haley N.J.; Measuring the exposure of infants to tobacco smoke, nicotine and cotinine in urine and saliva. *N Engl J Med*, 1984; 310:1075-1078.
11. Martin T., Bracken M.: Association of low birth weight with passive smoke exposure in pregnancy. *Am J of Epidemiol* 1986;124:633-642.
12. Weiss S.T., Tager I.B.: The health effects of involuntary smoking *Am Rev Respir Dis* 1983;128:933-942.
13. Jarvis M.J., Russell M.: Absorption of nicotine and carbon monoxide from passive smoking under natural conditions of exposure. *Thorax* 1983;38:829-833.

14. *Bonham G.S.*: Children's health in families with cigarette smokers. *Am J Public Health* 1981;71:290-293.

15. *Gutiérrez Marcos J.A.*: Azuara E., Alteraciones del epitelio naso-tráqueo-bronquial en sujetos expuestos al humo de cigarrillo. *Anales SMORL*, 1986;31:35-40.

16. *Guycatt G., Newhouse M.*: Are active and passive smoking harmful. *CHEST* 1985;88:445-451.

17. *Kraemer M., Richardson M.*: Risk factors for persistent middle ear effusions. *JAMA* 1983; 249:1022-1025.

18. *Toubas P.L., Duke J.C.*: Effects of maternal smoking and caffeine habits on infantile apnea: a retrospective

study. *Pediatrics* 1986; 78; 159-163.

19. *Wiedemann H.P., Loke J.*: Snyder P., Acute effects of passive smoking on lung function and airway reactivity in asthmatic subjects *CHEST* 1986;89: 180-185.

20. *Kabat G.C., Wynder E.L.*: Bladder cancer in nonsmokers, *Cancer*, 1986;2:362-367.

# TRABAJOS RETROSPECTIVOS

## Tratamiento quirúrgico del nosangiofibroma. Reporte de seis casos

Dr. Gerardo LAZO SAENZ\*  
Dr. Arturo CASILLAS CANTU\*  
Dr. Jesús Esteban SUAREZ\*

*Resumen.*- Los angiofibromas son neoplasias benignas raras que ocurren casi exclusivamente en varones adolescentes y menos del 20% se manifiestan después de los 20 años, se forman del tejido fibroso de la cúpula de la nasofaringe.

Se han propuesto diversos tratamientos tanto médicos como quirúrgicos para el manejo de esta enfermedad.

Se reportan seis casos tratados en el hospital de especialidades # 71, I.M.S.S. Torreón por rinotomía lateral.

**Palabras clave:** angiofibroma, rinotomía lateral

*Summary.*- The angiofibroma is an uncommon benign tumor. That occurs almost exclusively in adolescent males, and less than 20% develop after the age of twenty.

*The origin in posterior nares or nasopharynx from the fibrovascular stroma.*

*Several medical and surgical treatments have been proposed in medical literature, we report six cases treated of hospital de especialidades # 71 I.M.S.S. Torreón, Coahuila by lateral rhinotomy and maxilotomy.*

### INTRODUCCION

Los angiofibromas son neoplasias benignas raras que ocurren casi exclusivamente en varones adolescentes, menos del 20% se manifiestan después de los 20 años.<sup>1</sup>

Se forman del tejido fibroso de la cúpula de la nasofaringe y con menos frecuencia en la pared anterior del esfenoides<sup>1, 4, 5</sup> se ha encontrado que estos pacientes tienen un déficit en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup> Los síntomas más comunes son: obstrucción nasal, rinorrea hialina, rinolalia, otitis media serosa y anemia.<sup>1, 2, 5.</sup>

De la tercera parte a la mitad de los pacientes se caracteriza por propagarse más allá de la nasofaringe y al recesso esfenoidal, antro y cuerpo de los senos paranasales y a otras par-

tes de la base del cráneo, vértice de la órbita, fosa pterigomaxilar y fosa infratemporal o mejilla. Por lo que se ha propuesto una etapificación de acuerdo a la extensión del tumor.<sup>6</sup>

**TIPO I** Tumor limitado a la nasofaringe y cavidad nasal con destrucción ósea mínima o limitada al foramen esfenopalatino.

**TIPO II** Tumor que invade a la fosa pterigopalatina o los senos maxilar etmoidal esfenoidal con destrucción ósea.

**TUMOR III A** Tumor que invade a la fosa infratemporal o a la región orbitaria sin invasión intracraneal.

**TIPO III B** Tumor en la fosa infratemporal o la órbita con extensión intracraneal extradural (paraselar).

**TIPO IV A** Tumor intracraneal intradural sin infiltración al seno cavernoso, fosa pituitaria o el quiasma óptico.

**TIPO IV B** Tumor intracraneal intradural con infiltración al seno cavernoso y a la fosa pituitaria o el quiasma óptico.

Como complicaciones pueden verse: sinusitis, de destrucción ósea anosmia, compresión de los nervios

\* Otorrinolaringólogo del hospital de especialidades # 71 IMSS en Torreón, Coahuila.

\*\* Residente de Otorrinolaringología del hospital de especialidades # 71 IMSS en Torreón, Coahuila.

craneales II, III, IV, VI, exoftalmos unilateral y atrofia óptica, deformidad facial.<sup>1,2</sup>

La biopsia del tumor es peligrosa y puede ocasionar hemorragia copiosa. El diagnóstico puede hacerse con el cuadro clínico y radiografías, tanto con radiografías convencionales como tomografía lineal y computarizada, resonancia magnética; se puede realizar angiografía con el fin de obtener información de cuáles son los vasos que nutren al tumor, con las eventualidades de vasoespasmo y el déficit neurológico que puede ser recuperable más frecuentemente. El aporte sanguíneo está dado por la maxilar interna en primer lugar y la faríngea ascendente del sistema carotídeo externo y de las etmoidales y esfenoidales del sistema carotídeo interno.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup> en la quinta parte de los casos.

## PATOLOGIA

Se puede ver el tumor de color grisáceo o purpúreo según el grado de vascularización. El examen hispatológico de la mucosa suprayacente exhibe metaplasia escamosa pero no existe cápsula. La cantidad de elementos vasculares y del tejido fibroso varía mucho. Se ha descrito que los vasos tumorales carecen de lámina propia y de capa de músculo y si existe ésta puede estar constituida por una pequeña cantidad de células musculares.<sup>8</sup>

La preponderancia de sexo, junto con la edad de presentación casi selectiva de la adolescencia sugiere la posibilidad de tejido hamartomatoso ectópico de características vasculares que recubren la región lateral del foramen esfenopalatino que puede ser estimulado por la testosterona endógena, Harrison.<sup>5</sup>

## TRATAMIENTO

La cirugía puede ser el tratamiento de elección, sin embargo se han propues-

to otras formas de tratamiento como son la hormonoterapia, la radiación, así como la embolización con diferentes materiales.<sup>9</sup>

Aunque no se ha definido el papel de la hormonoterapia se sugiere que los estrógenos producen vasos con más cantidad de fibras colágenas y endotelio aplanado, con maduración acentuada, tejido y depósito considerable de fibras colágenas en el estroma. Sin embargo no se ha realizado un estudio prospectivo al azar para asegurar estos cambios aun en las tesis de Walkie y Mac Kay o la de Scheriff en 1959.

El tratamiento quirúrgico con abordaje transpalatal es suficiente para los tumores limitados a la nasofaringe. Las prolongaciones antrales requieren la técnica de Caldwell-Luc o Denker. El compromiso de la región esfenoidal requiere un vía premaxilar transnasal. En las prolongaciones pterigomaxilares se realiza un abordaje lateral con osteotomía mediana de maxilar inferior. Andrews et al reportan 15 casos tratados con un abordaje de la fosa infratemporal para pacientes con angiofibroma tipo III y IV con buenos resultados sin mortalidad.<sup>6</sup>

La radioterapia se reserva para los tumores inaccesibles con residivas a 2 años.<sup>1, 5</sup> con 3000-4000 Rad. (30-40 GY).

## OBJETIVO

Nos proponemos presentar seis casos tratados en el hospital de especialidades # 71 del I.M.S.S. de la ciudad de Torreón, Coah. entre enero de 1988 a diciembre de 1989. Cinco casos tratados quirúrgicamente mediante una rinotomía lateral tratados por el servicio y un caso con un abordaje transpalatal tratado por el servicio de oncología quirúrgica demostrando evidencia tomográfica de seguimiento a seis meses y comparar nuestros resultados con los obtenidos por otros autores.

## MATERIAL Y METODOS

Se analizaron los expedientes de pacientes tratados en el periodo comprendido de enero a diciembre de 1988. Documentándose el diagnóstico clínico y radiológicamente tanto con radiografía convencionales como con tomografía computarizada de macizo facial.

Siendo operados cinco de los casos vía una rinotomía lateral y un caso mediante una vía transpalatal. Tomando en cuenta edad y sexo del paciente, tiempo de sintomatología al momento del ingreso al servicio del hospital, síntomas principales, tipo de tumor según la clasificación utilizada por Andrews et al, técnica quirúrgica utilizada, sangrado transoperatorio, complicaciones postoperatorias y residiva tumoral a seis meses de seguimiento. Según los datos clínicos y hallazgos tomográficos.

## RESULTADOS

Todos los pacientes estuvieron en el rango de edad de 11 años a 21 años, con un promedio de 16.16 años; tiempo de evolución al momento del ingreso a nuestro hospital 2 meses a 3 años, con un promedio de 17 meses; los datos clínicos principales fueron en todos los pacientes: obstrucción nasal, epistaxis, masa nasal, en dos pacientes existía deformidad facial, uno de los pacientes sufrió previamente una operación de Caldwell-Luc para tratar una sinusitis maxilar; 4 de los pacientes tenían tumor tipo I, y 2 Tipo II. Técnica utilizada: 5 casos rinotomía lateral, un caso transpalatal. Complicaciones post-operatorias: el caso tratado vía transpalatal posterior a seis meses tiene disfunción velopalatina, recidiva tumoral la cual no tiene todos los criterios para clasificarle como tumor tipo I. Sangrado transoperatorio fue entre 350 ml a 3000 ml un paciente se

TABLA I.- CASOS CLINICOS

CASO	EDAD AÑOS	TIEMPO DE EVOLUCION EN MESES	CUADRO CLINICO
1	18	07	ON, E, MN
2	15	12	ON, E, MN
3*	11	02	ON, E, MN, DPB
4	14	36	ON, E, MN,
5	18	36	ON, E, MN, DF
6	21	09	ON, E, MN, DFC

ON = OBSTRUCCION NASAL, E = EPISTAXIS, MN = MASA NASAL, DPB = DEFORMIDAD DE PALADAR BLANDO, DF = DEFORMIDAD FACIAL

TABLA II.- TECNICA QUIRURGICA

CASO	TIPO	TECNICA*	SANGRADO TRANS (ML)
1	I	RNL	700
2	I	TP	2000
3	II	RNL	350
4	II	RNL	3000
5	I	RNL	2000 &
6	II	RNL	1200

\*RNL = RINOTOMIA LATERAL, TP = TRANSPALATAL  
& = PACIENTE MANEJADO CON HIPOTENSION TRANSOPERATORIA

manejó con hipotensión transoperatoria y tuvo un sangrado en el mismo periodo de 2000 ml en los demás pacientes no se utilizó la hipotensión transoperatoria. Un paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos para monitoreo de signos vitales por hipotensión severa transoperatoria y fue quien mayor sangrado tuvo (3000 ml) sin complicaciones post-operatorias inmediatas.

A continuación se presentan los cuadros con los datos de los pacientes en orden secuencial de acuerdo a los hallazgos descritos.

### CONCLUSIONES

La edad de presentación coincide con lo reportado por otros autores, además de que en nuestra casuística el 16.6% corresponde a mayores de 20 años.

No existe un patrón de crecimiento y no es posible realizar una correlación entre el tiempo de evolución y el tamaño del tumor. Creemos, de acuerdo con los demás autores Sessions y Andrews principalmente y Bremer y cols., en la clínica mayo la mejor vía de abordaje para los tumores tipo I y II es la rinotomía lateral.

De acuerdo con Bremer y cols., no se logra realizar una correlación en cuanto a la hipotensión transoperatoria y el sangrado en este mismo periodo, no con la edad del paciente ya que como se pensaba que con la maduración del paciente el tumor tiende a aumentar su consistencia adjudicándosele un papel preponderante a la producción hormonal. Sin que esto haya quedado comprobado. Aunque existe un reporte de un caso con evidencia tomográfica de involución espontánea de un tumor con invasión

intracraneana, siendo este el segundo caso reportado en la literatura consultada con involución espontánea.<sup>11</sup>

### AGRADECIMIENTO

Deseamos agradecer al Dr. Manuel Olagahray del departamento de tomografía las aportaciones al estudio y las facilidades al acceso de los estudios; así como al departamento de patología, especialmente al Dr. Napoleón Granados Frayre por las aportaciones al estudio.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Tobin H.A.: Surgery of the maxilla and mandible in paparella M. Shumrick D., Otolaryngology, W.B. Saunders Co. Philadelphia 1980 vol. III Pág. 2725.
- 2.- Sessions R.B., Humpreys D.H.: Angiofibroma in gates G. current therapy in otorrinolaryngology head and neck surgery 1984-1985, B.C. Decker Inc. Philadelphia 1984, Pág. 191-196.
- 3.- Patrick J.G., Thomas E.H.: Nasopharyngeal angiofibroma in gates G. Current therapy in otorrinolaryngology head and neck surgery 1987, B.C. Decker in Philadelphia 1987, Pág. 178-181.
- 4.- Brentani M.M.D. (PH.D.) et al.: Multiple steroids receptors in nasopharyngeal angiofibromas, laryngoscope, april vol. 99 # 4 398-401, 1989.
- 5.- Andrews James C.M.D. et al: The surgical management of extensive nasopharyngeal angiofibromas with infra temporal fosa approach, laryngoscope, april, vol. 99 # 4 429-437, 1989.
- 6.- Arieta Gómez José A. y cols.: Vía centro facial para resección de angiofibroma juvenil, anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaryngología, # 2 XXXIV, 128-32, 1989.



7.- *Harrison Donald F.N. M.D.*: Natural history, patogenesis and treatment of juvenile angiofibroma, archives otolaryngol H&N surg. Sept 87 vol. 113: 936-42.

8.- *Bemer et al*: Angiofibroma treatment trends in 150 patients in 40 years, laryngoscope, vol 96: 1321-9, 1986.

9.- *Batsakis J. M.D.*: Tumors of the head and neck, 2a. edition, Balti-

more Mz., Williams and Wilkins 1980, Pág. 296-300

10.- *Lasjaunias P.*: Nasofaryngeal angiofibromas, hazards of embolization, radiology, vol. 136, 119-23, 1980.

11.- *Schuller D.E. M.D.*: Estrogen and progesterone receptors in head and neck cancer, arch otolaryngol H&N Surg., 110, 725-7, 1984.

12.- *Jacobson Magnus M.D. Phd et al*: Involution of juvenile nasopharyn-

geal angiofibroma with intracra-  
neal extention, archives otolaryn-  
gol H&N Surg., 115, 238-9, 1989.

13.- *Lee Dwight A. et al*: Hormonal receptors determination in juvenile angiofibroma, cancer 46, 547-51, 1980.

14.- *Chen T.K. M.D. Bauer Frederick W.M.D.*: Sarcomatous transformation of nasopharyngeal angiofibroma, cancer 49, 369-71, 1982.



# Fotografía en cirugía plástica facial

Dr. José Luis SALAS MARTINEZ.

*Resumen.- El principal objetivo de la fotografía, clínica es, mostramos las condiciones del paciente. El presente trabajo, tratará sobre la fotografía clínica, para los pacientes que buscan cirugía plástica y estética de cabeza y cuello. El objetivo de este trabajo es el de familiarizarlos con un método específico el cual ha demostrado ser simple, flexible y de calidad científica.*

*La otra meta es el de guiar al cirujano, para que obtenga fotografías uniformes de información científica, le ayudará como guía para la planeación quirúrgica.*

**Palabras clave:** cirugía cosmética, fotografía

*Summary.- The principal objective of the photograph, it is a document that presents the patient's condition. The following work is about clinical photograph for the patients that seek plastic surgery and esthetic for the head and neck.*

*In the limited objective of this work, we don't try to explore with meticulous detail the various options that involves having a photographic super-set for the surgeon to take pictures, I only want to familiarize them with a specific method,*

*which has demonstrated to be simple, flexible, and with high scientific quality. Another goal for this work is to guide the surgeon for him to have uniform photographs and scientific information that will also help it as a guide for the surgical plan.*

## INTRODUCCION

El objetivo de la fotografía clínica es el de presentar al paciente en condi-

ciones prequirúrgicas y post-quirúrgicas. El siguiente trabajo presentará un fácil abordaje a la fotografía dentro de la cirugía plástica y cosmética de cabeza y cuello.

El presente escrito, no pretende explorar con detalle las muchas opciones de un estudio para la fotografía, sino lo que debe tener el cirujano en su consultorio.

Espero familiarizar al cirujano de cabeza y cuello y otorrinolaringólogo





con un método específico, el cual ha demostrado ser simple, flexible y efectivo. La otra meta es guiarnos para tener fotografías uniformes, verdaderamente presentables para la enseñanza y con la menor pérdida económica y de tiempo.

Los objetivos de la fotografía en la cirugía plástica facial son:<sup>1,2</sup>

- a) Ser un documento en el archivo clínico anexo a la historia clínica.
- b) Planear la cirugía estética, cosmética o reconstructiva.
- c) Con las fotografías pre y post-operatorias hacer una evaluación de las técnicas propias
- d) Sirven para la enseñanza.

### EQUIPO:

¿Cuál es el equipo elemental que necesitamos?

1. CAMARA: La cámara 35 mm SLR, es la cámara que a través de un lente nos permite tomar fotografías de calidad; es fácil de manejar, de controlar los ajustes de luz y de apertura a nuestro gusto o también que trabaje automáticamente si no es uno experto en la materia.

El costo de este tipo de cámara depende de la calidad, los equipos más recomendables son: Nikon, Cannon, Pentax, etc. El mantenimiento es sencillo y esencial para protegerla del polvo y la humedad, limpiarla con brocha de cerdas suaves y quitarle el polvo con aire por medio de una jeringa. Por lo menos hay que cambiar las pilas una vez al año

2. LENTE: El lente ideal es de 100 a 105 mm. Es recomendado para las fotografías de cabeza y cuello y acercamientos de esta área. Las fotografías se deben tomar a una distancia de 3 a 7 metros para obtener acercamientos sin distorsiones.

3. ILUMINACION: Hay diferentes fuentes de luz para tomar una fotografía, luz de día, luz de tungsteno, luz fluorescente y la fuente de luz de los flash electrónicos. De estas fuentes de luz el más práctico y satisfactorio es el flash electrónico.

Un solo flash no es suficiente para la distribución de luz; con dos fuentes de luz bien colocadas es suficiente, la luz principal se coloca a un metro y medio de el paciente a 45 grados de angulación a el plano cámara-paciente.

La otra fuente de luz es para borrar los sombreados que nos da la primera y se coloca entre 1.5 a 2 metros del paciente y a la misma angulación de 45 grados si los flash están siendo reflejados a una sombrilla es mejor la distribución de luz.

4. EL FONDO: El fondo debe ser simple, uniforme, del mismo color de preferencia claro y sin dibujitos o adornos que distraigan la atención. De preferencia usar azul claro para unificar el color.

5. PELICULA: Para la cámara de 35 mm hay una amplia variedad de películas de color disponibles. Una adecuada selección de la película dependerá de estos factores, fuente de luz si es natural o artificial, si es para fotografía en papel o diapositivas.

Las diapositivas que enseñaré son tomadas con película Ektacrome ASA 100 DX para la luz artificial.

Después de tener el equipo necesario debemos tener en cuenta ciertos detalles inherentes al paciente como son:

En el caso de la mujer que no se encuentre con maquillaje o que éste sea muy tenue, nada de joyería o adornos que distraigan la atención primordialmente descubierta la frente y el pabellón auricular de cabellos, la expresión facial en reposo y sólo con contracción facial cuando sea necesario.

### TOMAS FOTOGRAFICAS

Las tomas fotográficas son:

Frontal, lateral, oblicua y de base<sup>3</sup>; éstas podríamos decir que son las básicas y de éstas podemos tener derivados dependiendo de la cirugía a realizar en la cara.

La clave maestra para las tomas fotográficas consisten en la línea horizontal de Frankfort.<sup>4, 5, 6</sup> Y este plano de Frankfort es determinado por una línea que conecta el borde superior

del trago con el borde infraorbitario. Esta línea es usada tanto en la posición frontal con las dos laterales. En la vista frontal nos ayudaremos con la línea sagital media. Para unas buenas vistas laterales además de la línea horizontal de Frankfort, decir al paciente que abra la boca y checar las dos comisuras labiales, para que el paciente no vaya ha estar inclinado.

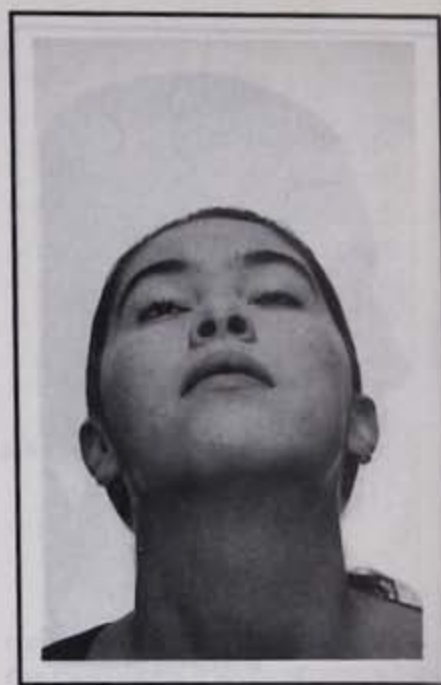
Para la vista oblicua es alinear el borde lateral de la cara con la punta nasal. Finalmente la vista basal, uno puede trazar una línea horizontal sobre el gnation y los tragos bilateralmente, colocando la punta nasal entre las cejas.

Después de haber tenido nuestras fotografías básicas podemos entonces ser más específicos en alguna región en especial. Por ejemplo: Si vamos a realizar una blefaroplastia, una mentoplastia, una resección de cicatriz y para esto podemos usar una lentilla de acercamiento.

## CONCLUSION

Requisitos básicos para estandarizar la fotografía:

1. Cámara 35 mm SLR.
2. Lente de 90 a 105 mm y lentilla no. 2.
3. Flash electrónico.
4. Fondo azul claro, sin dibujos.
5. Película ASA 100 EKTACROME.
6. Cuidados y posiciones del paciente tomado en cuanto la línea horizontal de Frankfort.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wyne L. Dickinson, M.D.: Pitfalls of Comparative photography in plastic and Reconstructive Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery., Vol. 58, No. 2., 166-175, August 1976.
2. Daniel C. Morello, M.D., John Marquis converse, M. D.: Making Uniform Photographic Records in Plastic Surgery. Plastic and reconstructive Surgery; Vol. 59, No. 3: 366-372, March 1977.
3. Leslie G. Farkas; M.D.: Is Photogrammetry of the face Reliable? Plastic and Reconstructive Surgery; Vol. 66, no. 3; 346-355; September 1980.

4. John L. Kraus, Jr., M.D.: Clinical Photography in Plastic Surgery. Little Brown and Company. Boston Toronto. Library of Congreso Catalog Card No. 87 82321, First Edition 1988.
5. Paule Regnault, M.D.: Aesthetic Plastic Surgery.: Little Brown and company. Boston Toronto. Library Congress Catalog Card No. 83-82935; pág. 83-98, First Edition 1984.
6. J. Reagan Thomas; M.D., M. Eugene Tardy, Jr., M.D.: Uniform Photographic Documentation in facial Plastic Surgery; Otolaryngologic Clinics of North America - Vol. 13, No. 2; 367-381, May 1980.

# Abscesos profundos de cabeza y cuello

Dr. Mauricio MORALES CADENA\*

*Resumen.- Se estudiaron 13 pacientes con abscesos profundos de cabeza y cuello. Se analiza la formación y diseminación de este tipo de infecciones, y se describe la presentación clínica, evolución, manejo y microbiología, comparándola con lo reportado en la literatura.*

**Palabras clave:** abscesos profundos de cabeza y cuello.

*Summary.-Thirteen patients with deep abscess of head and neck are described. The fisiopathology of this disease, the clinical presentation, the microbiology, treatment, and results are commented, and compared with recent bibliography.*

## INTRODUCCION

Los abscesos profundos de cabeza y cuello, son poco frecuentes; el diag-

nóstico temprano es importante ya que amenazan la vida del paciente, y se consideran una emergencia médico-quirúrgica.

Las infecciones de origen odontológico ocupan el primer lugar como causa etiológica.<sup>1, 2, 3, 4</sup> Se incluyen también como origen frecuente a las infecciones de vías respiratorias superiores, cirugía de cuello electiva, lesiones cutáneas, perforación esofágica, traumatismo cervico-faciales y abuso de drogas.<sup>4, 5</sup> En un 25% de los casos es imposible identificar el origen de la infección.<sup>1</sup>

Es indispensable conocer la anatomía de las fascias y espacios de la cabeza y el cuello, para entender su vía de diseminación, complicaciones potenciales y planear el abordaje quirúrgico más adecuado; los espacios de la

## CUADRO I

### DIVISION DE LOS ESPACIOS EN CABEZA Y CUELLO

a) MAXILARES:	Canino Bucal	b) MANDIBULARES	Primarios Submental Sublingual Submandibular
c) PROFUNDOS:	Parafaríngeo Retrofaríngeo Prevertebral	Secundarios:	Masetero Temporal Pterigoideo

cara y el cuello, se dividen en: maxilares, mandibulares y cervicales profundos (Cuadro I). Los espacios maxilares que más frecuentemente se afectan por la infección son: el canino, limitado por la pared anterior del seno maxilar, y el músculo elevador del labio superior, y el bucal, localizado entre el músculo bucinador y la piel de la mejilla. Ambos espacios se encuentran involucrados por infecciones provenientes de los dientes caninos y molares respectivamente.<sup>1</sup>

Los espacios mandibulares se dividen en primarios (submental, submandibular y sublingual), y secundarios (temporal, pterigoideo y maseterino). (Cuadro 2). Se encuentran comunicados entre sí, de modo que un absceso puede involucrar uno o varios espacios simultáneamente, y extenderse a

\* Trabajo presentado en el XL Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Guadalajara, Jal. Ganador del primer lugar como el mejor trabajo realizado por un médico residente.

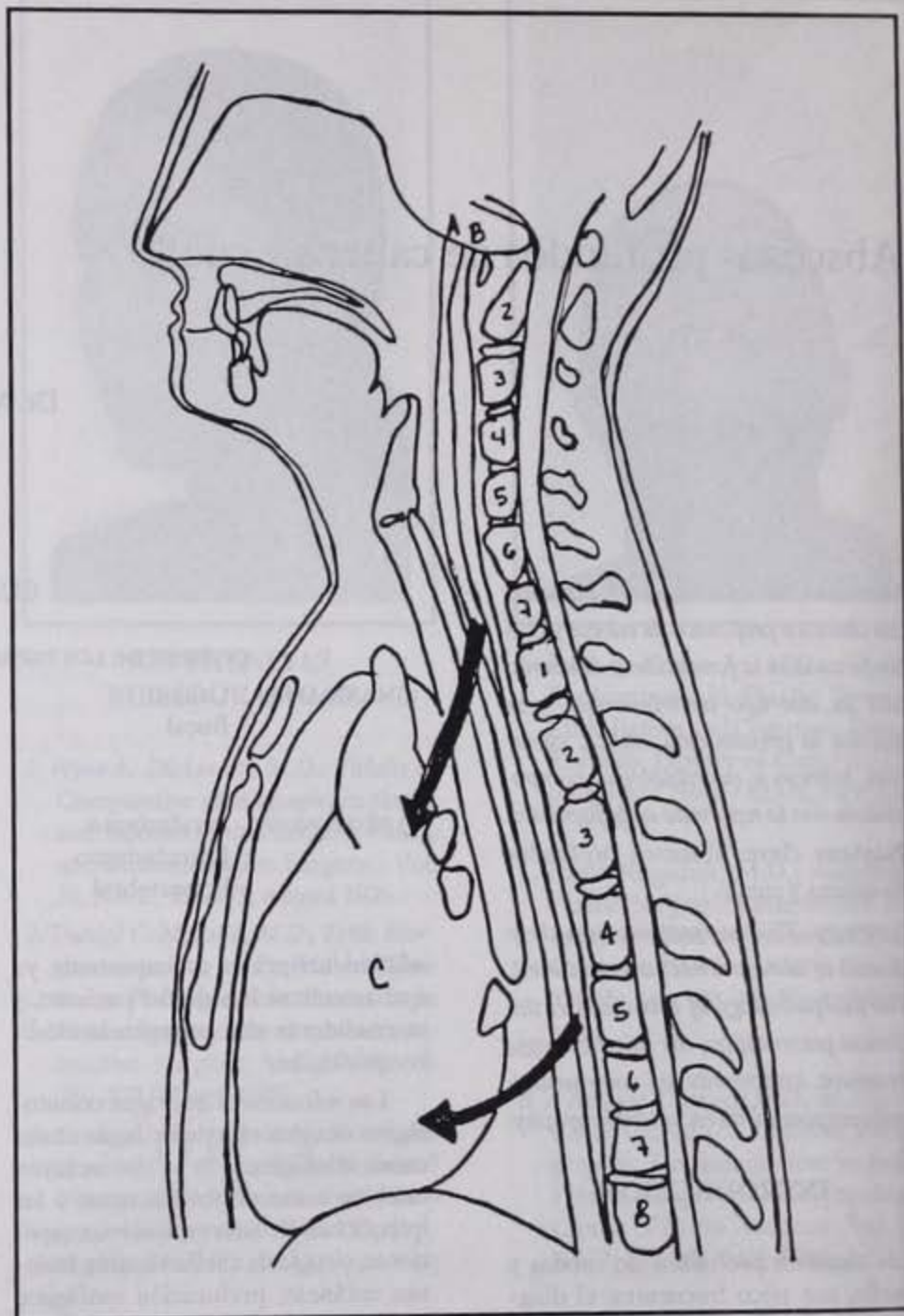
\*Residente de III año, Otorrinolaringología, Hospital Español de México.

los espacios cervicales profundos y mediastino.<sup>1, 6</sup> Al igual que en la región maxilar, la causa más frecuente de infección proviene de los dientes mandibulares.<sup>1</sup>

El espacio submandibular, limitado por el músculo milohioideo, vientre posterior del músculo digástrico y borde mandibular, es el que con mayor frecuencia se encuentra involucrado en las infecciones profundas de la cara y el cuello, y desde este punto, puede diseminarse hacia los otros espacios mandibulares, cervicales profundos y/o extenderse por medio de las fascias cervicales, a regiones más bajas del cuello e incluso al mediastino.<sup>1,6</sup>

Los espacios cervicales son tres: el espacio parafaríngeo se limita hacia arriba por la base del cráneo, adentro por el músculo constrictor medio de la faringe, hacia afuera con el rafé pterigoideo, por donde se comunica con los espacios mandibulares, y hacia atrás se comunica libremente con el espacio retrofaríngeo. Contiene el paquete vasculonervioso del cuello, así como los pares craneales IX, XI y XII. Los abscesos a este nivel son más frecuentes en niños y secundarios a infección de vías aéreas superiores. Su importancia radica en que pueden ocasionar trombosis de la vena yugular interna, erosión de la arteria carótida interna, lesión en los pares craneales IX al XII y diseminación al espacio retrofaríngeo.<sup>1, 4, 6, 7</sup>

El espacio retrofaríngeo se localiza entre el músculo constrictor superior de la faringe y la vaina superficial de la fascia cervical profunda, mientras que el espacio prevertebral se localiza entre las dos vainas de ésta. En esta región existen numerosos nódulos linfáticos, lo que facilita la formación de abscesos provenientes de infecciones respiratorias altas, y desde este punto, rápida diseminación hacia mediastino. (Figura I).<sup>1, 6, 7</sup>



**Figura 1**

Espacios cervicales profundos : a.- Espacio retrofaríngeo. b.- Espacio prevertebral. c.- Mediastino.

Los abscesos de la cara y el cuello pueden manifestarse en un sólo espacio desde su origen y, desde este punto, diseminarse a regiones adyacentes o distantes por medio de las fascias cervicales, las cuales se dividen en dos:

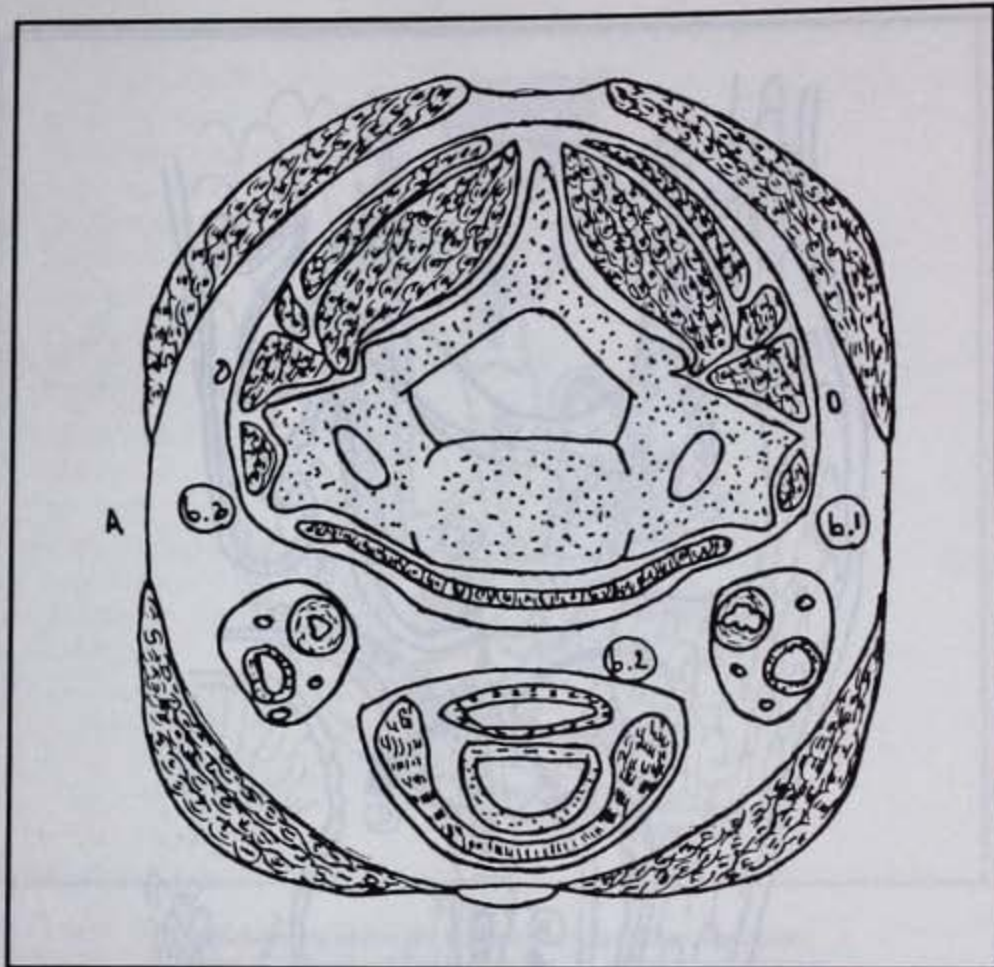
la fascia superficial; se localiza por debajo de la piel y cubre todo el perímetro del cuello, y la fascia profunda, que a su vez se subdivide en tres capas: la capa externa se encuentra por debajo del platisma y envuelve todas las

estructuras superficiales del cuello, incluyendo los músculos esternocleidomastoideo y trapecio; hacia abajo se continúa con el mediastino. La capa media, envuelve las estructuras viscerales del cuello, y se limita arriba por la base del cráneo e inferiormente llega directamente al mediastino posterosuperior. La capa profunda tiene dos vainas, una anterior que limita el espacio retrofaríngeo desde la base del cráneo hasta el nivel de C-7, T-1, y una vaina posterior que envuelve las vértebras cervicales y los músculos profundos del cuello. Entre las dos vainas se localiza el espacio prevertebral, que se extiende inferiormente más allá del diafragma. (Figura 1 y 2)<sup>1, 4, 6, 7</sup>

Las infecciones de origen dental, son las más comunes en el ser humano y causan el 30% de los abscesos profundos de la cara y el cuello. Ocurren por igual en niños y adultos, la mayoría son menores y se resuelven por drenaje espontáneo o atención dental adecuada; sin embargo algunos casos pueden diseminarse a los tejidos profundos del cuello, esto depende de las condiciones generales del paciente, higiene bucal y como factor principal, la presencia de enfermedades debilitantes subyacentes.<sup>1, 3, 8</sup>

El proceso infeccioso inicia como una caries dental profunda e invasión bacteriana agregada, habitualmente por gérmenes gram<sup>+</sup> positivos (estreptococo alfa hemolítico), lo que ocasiona reacción inflamatoria; el edema y vasodilatación resultante producen dolor y disminución del aporte sanguíneo a la raíz dental y, por consiguiente, necrosis de la pulpa, que es un medio de cultivo perfecto para el desarrollo de gérmenes anaerobios, principalmente *Bordetella melaninogenicus* y *Fusobacterium*.<sup>1,9</sup>

Desde este punto la infección puede diseminarse en varias direcciones dependiendo del sitio del apex dental



**Figura 2**

Fascias cervicales: a.- Fascia superficial. B.- Fascia profunda. b.1.- Capa externa. b.2.- Capa media. b.3.- Capa interna.

en el tejido óseo y el nivel de las inserciones musculares en la maxila y la mandíbula (Figura 3). La trayectoria más común ocurre por debajo de las inserciones musculares, hacia la cara labial del hueso, representándose clínicamente como un absceso vestibular (Figura 4); cuando la diseminación rompe la barrera que implican las uniones musculares y se disemina por arriba de ellas, la infección se representa en un espacio de la cara o el cuello. (Figura 5).<sup>1, 4</sup>

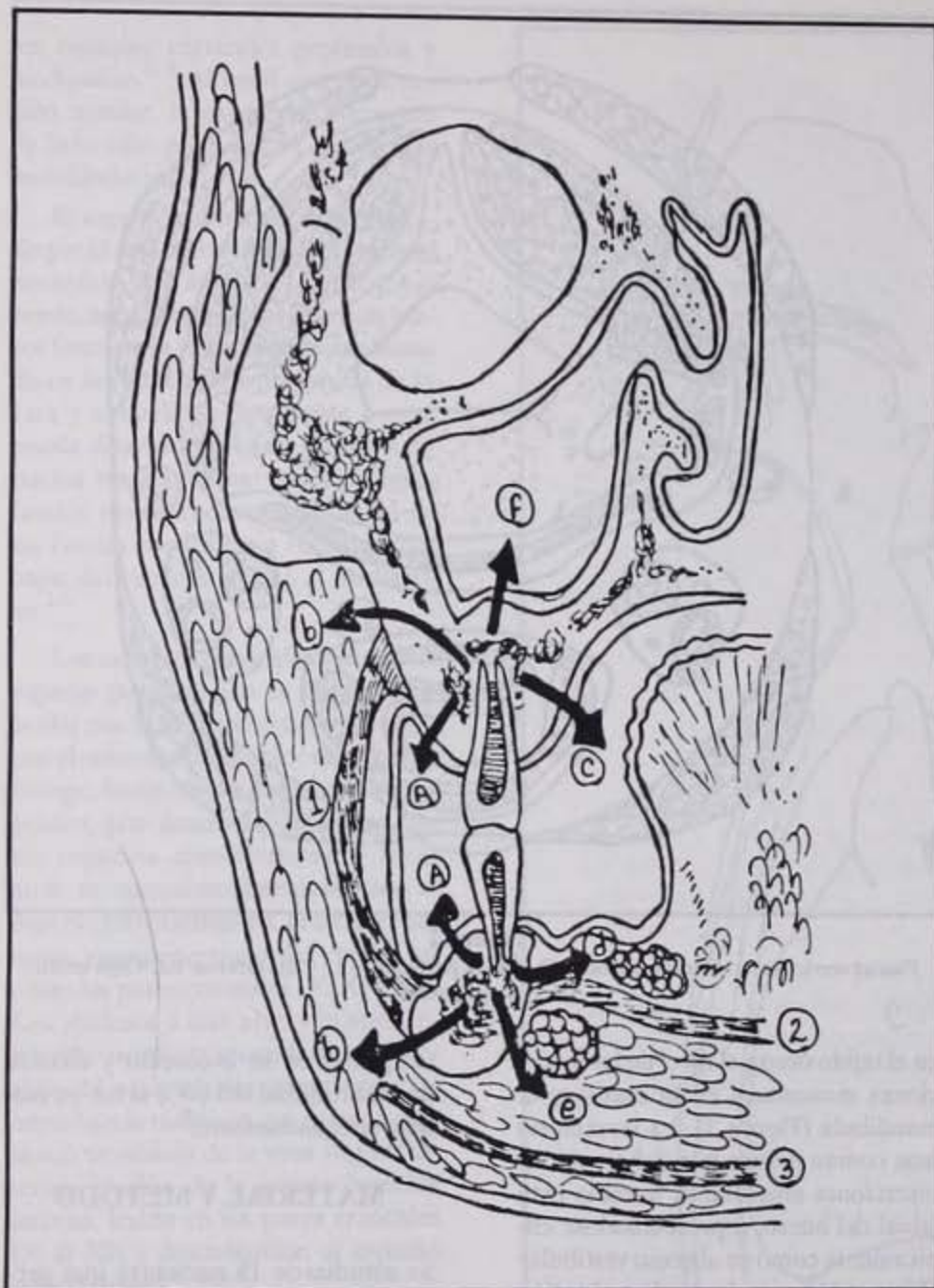
Cuando existe una celulitis que abarca simultáneamente los espacios mandibulares primarios (submental, submandibular y sublingual) se le denomina angina de Ludwig, que se caracteriza por obstruir la vía aérea

temprano en su evolución y alcanza una mortalidad del 60% si no se maneja adecuadamente.<sup>8</sup>

## MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 13 pacientes que presentaban un absceso profundo de la cara o el cuello. 7 hombres y 6 mujeres, con una edad promedio de 46 (mínima 20, máxima 65).

Fueron admitidos por el servicio de urgencias. A su ingreso se determinaron antecedentes personales patológicos, tiempo de evolución, tratamientos previos y cuadro clínico. Se practicó una exploración física completa, registrando las condiciones generales del paciente, estado de hidratación, loca-



**Figura 3**

Diseminación de los abscesos profundos de cabeza y cuello:

1. Músculo bucinador. 2. Músculo milohioideo. 3. Músculo platisma. a. Absceso vestibular, b. Espacio bucal, c. Absceso palatino, d. Espacio sublingual, e. Espacio submandibular, f. Seno maxilar.

lización y probable sitio de origen de la infección.

El manejo inicial consistió en: hidratación parenteral, doble cobertura antibiótica a base de penicilina sódica cristalina y metronidazol, así como exámenes generales de laboratorio.

En ningún caso se practicó punción diagnóstica, ya que se encuentra formalmente contraindicada por la probabilidad de lesionar estructuras vasculares o nerviosas.

En tres casos se requirió traqueostomía temporal en las primeras doce horas

de su ingreso, debido a la presencia de dificultad respiratoria progresiva.

El manejo definitivo fue quirúrgico; en 12 pacientes se tomaron cultivos para gérmenes aerobios y anaerobios durante la cirugía, utilizando los métodos de cultivo convencionales. Se siguió la evolución pre, trans y postoperatoria de todos los pacientes.

## RESULTADOS

El tiempo promedio de evolución previo al ingreso, fue de 10 días, todos los pacientes habían recibido terapia antimicrobiana como ambulatorios sin encontrar mejoría; 7 de ellos (53%) tenían antecedentes de manipulación dental previa y el 40% eran diabéticos descompensados,

La fuente de infección fue variada, con un franco predominio por el origen odontogénico (Tabla 1). Los pacientes con cuerpo extraño esofágico tenían una evolución corta (promedio de 24 Hrs), en todos se realizó extracción endoscópica del cuerpo extraño y una incisión cervical para lavado y canalización de la región prevertebral. El paciente con metástasis ganglionar, tenía un primario desconocido y fue trasladado a otra institución 48 h después del tratamiento quirúrgico.

El cuadro clínico a su ingreso consistió en: aumento de volumen, dolor localizado al sitio del absceso, fiebre, trismus y ataque al estado general. En

**TABLA I**

ABSCEOS PROFUNDOS DE CABEZA Y CUELLO.

FUENTE DE INFECCION.

SITIO DE ORIGEN	FRECUENCIA
ODONTOGENICO	53%
INFECCION DE LAS VIAS AEREAS	23%
CUERPO EXTRAÑO ESOFAGICO	15%
METASTASIS GANGLIONAR	1%



tres pacientes existió dificultad respiratoria, eran portadores de angina de Ludwig y diabéticos descompensados. Requirieron traqueostomía temprana como parte de su manejo. En los casos de cuerpo extraño esofágico, existía además de lo mencionado: disfagia, halitosis y sialorrea.

El espacio submandibular se encontró involucrado en el 84% de los casos (Tabla 2), el manejo quirúrgico con un abordaje cervical amplio fue utilizado en todos los pacientes, el lavado de la región fue exhaustivo utilizando agua oxigenada; se practicó cierre primario de la incisión y colocación de varios drenajes al exterior. En dos casos también se realizó un abordaje intraoral, debido al gran aumento de volumen del espacio sublingual.

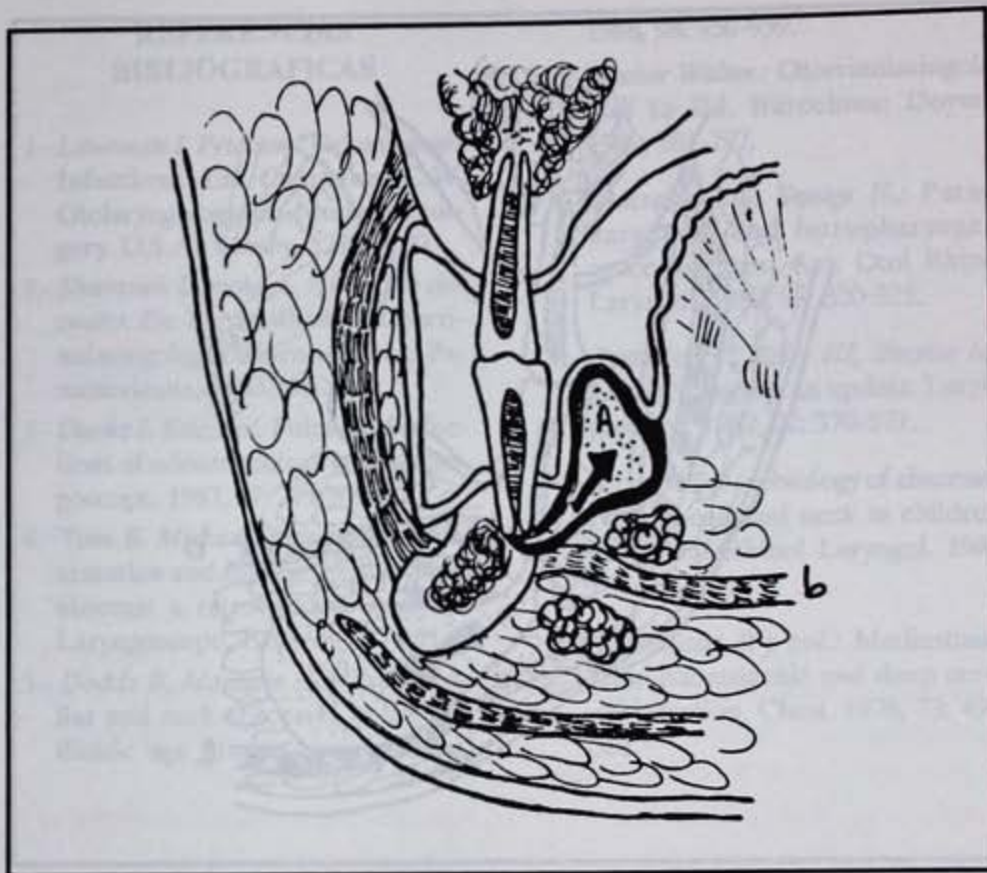
Sólo un paciente con absceso retrofaríngeo fue manejado con drenaje intraoral exclusivamente. En este caso no se tomaron cultivos.

En la Tabla 3 se muestra el resultado de los cultivos. Obtuvimos un franco predominio por gérmenes aerobios gram negativos, por lo que el 50% de los pacientes se instituyó un aminoglucósido (amikacina o gentamicina), a la terapia antimicrobiana ya establecida.

En ningún caso se registraron complicaciones, tan sólo en un paciente con antecedentes de Diabetes Mellitus y manipulación dental reciente se encontró fasciitis necrotizante, por lo que requirió un drenaje amplio y desbridación de tejido necrótico, con lavados quirúrgicos repetidos. Fue manejada en la unidad de terapia intensiva hasta estabilizarla y controlar la infección, posterior a lo cual se practicó un colgajo pectoral para cubrir el defecto existente en la región cervical, producido por la gran pérdida de tejido.

## DISCUSION

Los reportes existentes acerca de la microbiología de los abscesos profun-



**Figura 4**

La diseminación ocurre por arriba de las inserciones musculares:  
a. Absceso sublingual, b. Músculo milohioideo, c. Glándula sublingual.

**TABLA 2**

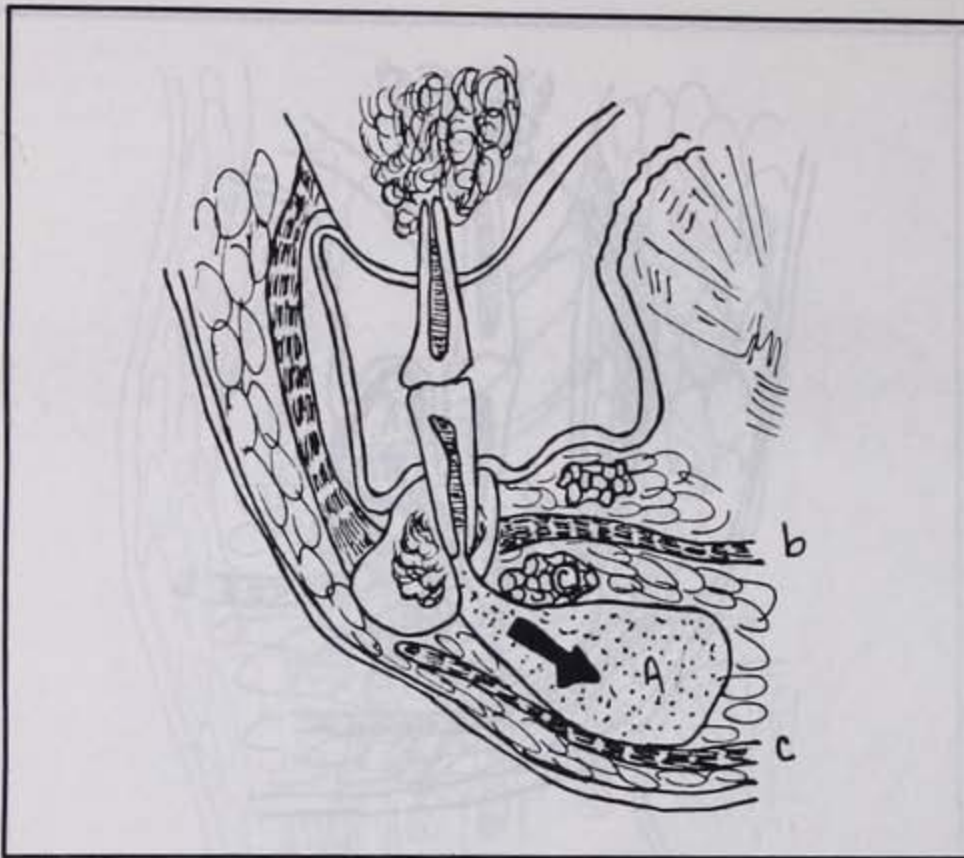
**ABSCESES PROFUNDOS DE CABEZA Y CUELLO  
LOCALIZACION DE LA INFECCION**

REGION	No. DE CASOS
Submandibular, submental y triángulo anterior	5
Angina de Ludwig	3
Retrofaríngeo	2
Submandibular, masetero y temporal	1
Parafaríngeo y submandibular	1
Submandibular	1

dos en cara y cuello, indican que los gérmenes anaerobios, principalmente la *Bordetella melaninogenicus* y el género *Fusobacterium*, ocasionan el 50% de las infecciones, seguidos por una flora mixta (anaerobios/aerobios), en un 45% de los casos, y sólo el 5% son ocasionados por gérmenes ae-

robios gram positivos, básicamente el estreptococo alfa hemolítico.<sup>1, 3, 5, 9</sup>

En nuestro estudio encontramos un franco predominio de bacterias aerobias gram negativas (*Klebsiella* y *E. Coli*), por lo que se agregó un aminoglucósido a la terapia antimicrobiana ya establecida para anaerobios y aeo-



**Figura 5**

La diseminación ocurre por debajo de las inserciones musculares y representa un espacio de la cara o el cuello: a. Absceso submandibular, b. Absceso milohioideo, c. Músculo platisma, c. Glándula submaxilar

**TABLA 3**

**ABSCEOS PROFUNDOS DE CABEZA Y CUELLO**

**AGENTES ETIOLOGICOS**

CULTIVO	%	No. CASOS	AGENTE AISLADO
AEROBIOS/ANAEROBIOS			
1.- CULTIVO POSITIVO	33	1	E. COLI - E. AUREUS
		1	KLEBSIELLA - ESTREPTOCOCO
		1	KLEBSIELLA - ENTEROBACTER
		1	KLEBSIELLA
2. CULTIVO NEGATIVO	66		
3. NO SE TOMO CULTIVO		1	

bios gram positivos. En ningún caso se reportaron anaerobios y el 66% de los pacientes resultaron con cultivos negativos. Esto se debió probablemente a deficiencia en la toma de las muestras, transporte de las mismas, técnicas de siembra en el laboratorio o terapia antimicrobiana previa.

Una compilación frecuente es la obstrucción de la vía aérea, secundaria al efecto de masa que produce el absceso. Estos casos se deben manejar con traqueostomía inmediata, aún en la sala de urgencias. No se recomienda la intubación oro o nasotraqueal ya que es técnicamente difícil

y se podría romper el absceso, ocasionando broncoaspiración del material purulento.<sup>1, 3, 4, 8</sup>

La presencia de otras complicaciones se relacionan a la diseminación del proceso infeccioso por medio del sistema venoso o las fascias cervicales, pudiendo ocasionar trombosis del seno cavernoso, meningitis, absceso cerebral o mediastinitis, la cual alcanza una mortalidad del 90% aun con tratamiento quirúrgico.<sup>1, 5, 8, 10</sup>

Enfermedades que comprometen el sistema inmunológico y la microcirculación, como la diabetes mellitus no sólo predisponen a la formación de estos abscesos y sus complicaciones, sino también a la presencia de infecciones muy severas, como la fasciitis necrotizante, caracterizada por la destrucción masiva de los tejidos.<sup>3, 8</sup> En nuestra serie hubo un caso y fue la única paciente que requirió reconstrucción de la región cervical con un colgajo miocutáneo, por la gran pérdida de substancia que presentaba.

El tratamiento siempre es quirúrgico, se debe de realizar en cuanto el paciente sea estabilizado para la cirugía, ya que cuando la infección se encuentra aún en fase de celulitis, la evolución y el pronóstico es mucho mejor, que cuando el absceso se encuentra completamente formado. La técnica quirúrgica es variable y depende de la experiencia de cada cirujano. Siempre se debe practicar un abordaje cervical, combinado o no con incisiones intraorales. El objetivo es realizar un drenaje amplio, lavado exhaustivo y canalización de la región.<sup>1, 2, 4, 5</sup>

**CONCLUSIONES**

1. Conocemos el origen más frecuente de este tipo de infecciones, y por lo tanto, la prevención debe ser el principal objetivo.
2. El tratamiento médico nunca reemplaza al quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

3. No se debe dudar en realizar una traqueostomía, cuando el caso lo amerite.
4. Es necesario mejorar las técnicas de toma y siembra de cultivos.
5. La flora bacteriana encontrada en este estudio, difiere de lo reportado en la literatura y se debe tener en cuenta para la elección del manejo antimicrobiano.
6. Los antibióticos utilizados inicialmente deben cubrir anaerobios y aerobios gram positivos y negativos; y sólo serán cambiados dependiendo de los resultados de los cultivos obtenidos.
7. Una infección de esta naturaleza podría anunciarnos la presencia de una enfermedad debilitante crónica no diagnosticada previamente.

- 1.- *Lawrence J. Peterson*: Odontogenic Infections. En: Cummings C.W. Otolaryngology head and neck surgery. U.S.A.: Mosby, 1213-1230.
- 2.- *Shumrick Donald A.* Disección del cuello. En: Paparella M.M. Otorrinolaringología. Buenos Aires: Panamericana, 2930-2950.
- 3.- *Dierks J. Eric, col.* Fulminant infections of odontogenic origin. Laryngoscope. 1987, 97: 271-274.
- 4.- *Tom B. Michael, Raice D.H.*: Presentation and management of neck abscess: a retrospective analysis. Laryngoscope. 1988, 98: 877-881.
- 5.- *Dodds B, Maniglia A.J.*: Peritonsillar and neck abscesses in the pediatric age group. Laryngoscope,

1988, 98: 956-959.

- 6.- *Becker Walter.*: Otorrinolaringología. 1a Ed. Barcelona: Doyma. 1989: 281-297.
- 7.- *Batsakis J.G, Sneige N.*: Parapharyngeal and retropharyngeal space diseases. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1989, 98: 320-321.
- 8.- *Patterson C, Kelly HJ, Strome M.*: Ludwig's angina: an update. Laryngoscope. 1982, 92: 370-377.
- 9.- *Brook A.*: Microbiology of abscesses of the head and neck in children. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1987, 96: 429-433.
- 10.- *Moncada R y col.*: Mediastinitis from odontogenic and deep cervical infection. Chest. 1978, 73: 497-501.

# Tuberculosis laríngea: Manejo quirúrgico de sus secuelas en 6 pacientes

Dr. José GANEM MUSI\*  
Dr. Andrés DELGADO FALFARI\*\*  
Dr. Antonio SODA MERHY\*\*\*  
Dr. Jaime FERNANDEZ ESPINOSA\*  
Dr. Hans BORGSTEIN\*

**Resumen.-** Se reporta la experiencia quirúrgica del Departamento de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en el manejo de 6 pacientes con estenosis laríngea secundaria a tuberculosis. En dos pacientes el daño se limitaba a la región supraglótica y pudo resolverse mediante laringectomía parcial horizontal: ambos conservan su voz. En los restantes, las estenosis eran transglóticas y se abordaron a través de laringofisura para reseca tejido fibroso y reconstruir las paredes laríngeas con colgajos de avance de mucosa hipofaríngea. Una paciente pudo decanularse conservando su voz, en tanto que los demás presentaron reestenosis. El éxito post-operatorio está en relación con el grado y extensión de las estenosis, pero

gracias al progreso de la cirugía laríngea, aun las lesiones complejas en ocasiones se logran corregir después de una o varias intervenciones.

**Palabras clave:** estenosis laríngea, tuberculosis, cirugía laríngea.

**Summary.-** The surgical experience of the Department of Otolaryngology of the National Institute of Respiratory Diseases in Mexico City in the surgical management of six patients with laryngeal stenosis secondary to tuberculosis is presented. In two patient with only supraglottic stenosis, were solved by means of a partial horizontal laryngectomy, both with good results. The remaining four cases with transglottic involvement, were managed with laryngofissure and resection of fibrous tissue. One of this patients was decanulated with a good quality of voice. The other three patient present restenosis.

The authors consider that the success in the surgery depends on the extent of the lesions, although with the advances of laryngeal surgery many complex stenosis may be resolved in one or several interventions.

## INTRODUCCION

La tuberculosis es la enfermedad que con mayor frecuencia produce lesiones granulomatosas en laringe, casi siempre como complicación de la infección pulmonar. En países subdesarrollados representa un serio problema de salud; su prevalencia es del 1% y el riesgo anual de infección del 2 al 5%.<sup>1</sup>

En países desarrollados el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado han reducido su incidencia y complicaciones<sup>1,3,7</sup>; por lo general, la forma laríngea afecta a varones entre la 5a. y 6a. décadas de la vida y, por las lesiones que produce, llega a confundirse con cáncer.<sup>7</sup> En países subdesarrollados, en cambio, la enfermedad ha evolucionado sin mayores modificaciones en su comportamiento<sup>2,8,9</sup>; es más común en jóvenes, sin predilección por sexo y se detecta en etapas avanzadas asociada a complicaciones.

Aunque mucho se ha escrito sobre el tema, en una revisión reciente de la literatura<sup>9</sup> no encontramos reportes relacionados con el manejo quirúrgico de las secuelas por tuberculosis laríngea (TBL). Esto, aunado a nuestro interés por reconstruir la laringe de los pacientes afectados para mejorar su calidad de vida motivaron la reali-

\*Médicos Adscritos al Departamento de Otorrinolaringología del INER.

\*\*Ex-Jefe del Servicio de Cirugía de Cuello del Centro Médico Nacional, IMSS.

\*\*\*Jefe del Departamento de Otorrinolaringología del INER.

zación del presente trabajo.

## MATERIAL Y METODO

Se revisaron los expedientes de 6 pacientes con TBL secundaria a TBP, inicialmente tratados en el Departamento de Neumología del INER. Una vez controlada la infección se canalizaron al Departamento de Otorrinolaringología del mismo Instituto, entre junio de 1986 y diciembre de 1988, para valoración y manejo de las secuelas laríngeas. No se incluyeron pacientes con tuberculosis activa.

El protocolo de estudio incluyó: historia clínica; laringoscopia indirecta y microlaringología directa; radiografías simples de tórax y laringe; tomografía lineal de laringe y espirometría y pletismografía a 5 pacientes antes de ser traqueotomizados.

A todos se les realizó traqueotomía con la doble finalidad de corregir su insuficiencia respiratoria y asegurar la permeabilidad de la vía aérea durante el trans y post-operatorio.

Los 6 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente: a dos se les hizo laringectomía parcial horizontal y a los otros cuatro laringoplastía a través de laringofisura.

## RESULTADOS

Los 6 pacientes (100%) pertenecían a un estrato social bajo. Tres (50%) eran hombres y tres (50%) mujeres en edades comprendidas entre 14 y 73 años (media 34.5 años).

La duración de los síntomas osciló entre 12 y 48 meses (media 30.8 meses), siendo los más comunes: disfonía; tos; disnea; estridor e insuficiencia respiratoria (Tabla 1).

Los principales hallazgos ala microlaringoscopia directa fueron: deformidad de epiglotis y fijación de aritenoides en todos los pacientes (100%); estenosis translótica en cua-

TABLA 1

### SECUELAS DE TUBERCULOSIS LARINGEA. MANEJO QUIRURGICO

SINTOMAS	No. DE PACIENTES	%
Disfonía	6	100
Tos	6	100
Estridor	6	100
Disnea	6	100
Insuficiencia respiratoria	6	100

TABLA 2

### SECUELAS DE TUBERCULOSIS LARINGEA. MANEJO QUIRURGICO

HALLAZGOS MICROLARINGOSCOPIA	No. DE PACIENTES	%
Deformidad de la epiglotis y fijación de CVs	6	100
Estenosis translótica	4	66.6
Estenosis supraglótica	2	33.3

INER, S.S.

TABLA 3

### SECUELAS DE TUBERCULOSIS LARINGEA. MANEJO QUIRURGICO

% DE ESTENOSIS	No. DE PACIENTES	%
60	2	33.3
70	2	33.3
80	2	33.3

tro pacientes (66.6%) y estenosis supraglótica en dos (33.3%). (Tabla 2).

Las estenosis pudieron valorarse adecuadamente en cuanto a sitio y extensión con los estudios radiográficos antes mencionados.

El grado de estenosis se calculó subjetivamente de acuerdo a las observaciones endoscópicas y varió entre 60 y 80% (Tabla 3).

A 5 pacientes (83.3%) se les realizaron pruebas de función respiratoria (espirometría y pletismografía en cámara abierta) antes de la traqueotomía encontrando, predominantemente, obstrucción de vías aéreas centrales.

Los 6 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente (Tabla IV).

A los dos con estenosis supraglótica se les efectuó una laringectomía parcial horizontal, logrando decanularlos a las seis semanas sin manifestaciones de insuficiencia respiratoria y con voz socialmente útil.

A dos de los pacientes con estenosis translótica se les reseco, vía laringofisura, tejido fibroso de la pared laríngea posterior, reconstruyendo el defecto resultante con colgajos de avance de mucosa hipofaríngea. Después de la operación se les mantuvo con férula de Silastic durante 4 semanas. Una paciente pudo dacanularse a las 6 semanas sin manifestaciones de insuficiencia respiratoria y con voz de buena calidad. En la segunda se en-

TABLA 4

PACIENTE	EDAD/SEXO	INTERVENCION QUIRURGICA	HALLAZGOS	DECANULACION	VOZ	DEGLUCION
1	14/F	LARINGOFISURA, RESECC. TEJ. FIBROSO, COLGAJOS DE AVANCE DE MUCOSA HIPOFARINGEA	CICATRIZ POSTERIOR TRANSGLOTICA. MINIMA EXTENSION SUBGLOT.	SI	DISFONICA	NL
2	20/F	LARINGECTOMIA HORIZONTAL SUPRAGLOTICA	ESTENOSIS SUPRAGLOTICA, PARED POSTERIOR	SI	DISFONICA	NL
3	30/M	LARINGECTOMIA HORIZONTAL SUPRAGLOTICA	ESTENOSIS SUPRAGLOTICA, BANDA FIBROSA POSTERIOR	SI	DISFONICA	NL
4	30/F	LARINGOFISURA, RESECC. TEJ. FIBROSO. COLGAJOS DE AVANCE DE MUCOSA HIPOFARINGEA	CICATRIZ POSTERIOR TRANSGLOTICA, PREDOMINIO SUBGLOTICO	NO(1)	NV*	NL
5	33/M	LARINGOFISURA. INCISION TEJ. FIBROSO	CICATRIZ POSTERIOR TRANSGLOTICA, MINIMA EXTENSION SUBGLOTICA	NO(2)	NV*	NL
6	73/M	1A.: LARINGOFISURA. RESECC. TEJ. FIBROSO POSTERIOR. COLGAJO DE EPIGLOTIS 2A.: LARINGOFISURA. ARITENOIDECTOMIA Y CORDOPEXIA DERECHAS	CICATRIZ POSTERIOR TRANSGLOTICA. FIJACION CVs Y ART. CRICOARITENOIDEA	NO	NV*	NL

(1) ESTENOSIS SUBGLOTICA RESIDUAL; PROGRAMA PARA RESECC. SUBGLOTICA Y ANASTOMOSIS TIROTRAQUEAL  
(2) BANDA FIBROSA TRANSVERSAL, SUPRAGLOTICA; PROGRAMADO PARA LARINGECTOMIA HORIZONTAL SUPRAGLOTICA  
\* NO VALORABLE POR CANULA DE TRAQUEOTOMIA.  
NL. NORMAL

contró una estenosis subglótica residual que impidió su decanulación; sin embargo, ésta se intentará solucionar en un segundo tiempo quirúrgico mediante resección subglótica y anastomosis laringotraqueal.

A otro de los pacientes con estenosis translótica se le incidió la pared laríngea posterior en sentido vertical a nivel de la zona de cicatriz con el fin de ampliar el calibre de la luz aérea. Se le mantuvo con férula de Silastic durante 15 días, pero al retirarla se encontró una banda fibrosa transversal por arriba de las cuerdas vocales que impidió la decanulación, razón por la que será programado para una laringectomía supraglótica.

Al último de los pacientes de este grupo se le intervino en dos ocasiones. En un primer tiempo se le resecó una sinequia de la comisura posterior y la pared se reconstruyó con un colgajo de epiglotis. Siete meses después, por persistir la estenosis, se le realizó una aritenoidectomía y cordopexia derechas pero nuevamente sin éxito; el paciente rechazó cualquier otra cirugía.

Todos los pacientes recibieron profilácticamente penicilina sódica cristalina y metronidazol. Ninguno cursó con infección de la herida ni hemorragia. Un paciente desarrolló fístula salival cercana al estoma traqueal que cicatrizó con manejo conservador. Todos recuperaron su

deglución dentro de las primeras dos semanas post-operatorias.

### COMENTARIO

A pesar de los grandes logros de la Humanidad, la tuberculosis sigue cobrando un alarmante número de víctimas. Soda<sup>8</sup> encontró, en autopsias realizadas a 30 pacientes fallecidos por complicaciones de TBP que la incidencia de TBL asociada era del 30%, cifra similar a la reportada por diversos autores hace más de 30 años.

La mayoría de los individuos afectados, como se observa en nuestra casuística, son jóvenes de ambos sexos entre la 2a. y 4a. décadas de la vida.

Los síntomas son indistinguibles de aquéllos que acompañan a cualquier proceso inflamatorio crónico o neoplásico de laringe.<sup>1</sup> La disfonía es la manifestación más común,<sup>1, 2, 3, 5, 9</sup> asociada casi siempre con tos, disnea, estridor y trastornos de deglución,<sup>1, 3, 6</sup> hallazgos también presentes en nuestros pacientes.

La mayoría de los pacientes, como se demuestra en esta serie, acuden por primera vez a consulta por cursar con insuficiencia respiratoria secundaria a estenosis laríngea, que en muchas ocasiones requiere traqueotomía de urgencia.

La valoración preoperatoria se fundamenta en la visualización de las estructuras laringo-traqueales mediante laringoscopia indirecta, fibroscopia y/o microlaringoscopia directa, procedimientos que nos permiten valorar con precisión el tipo, localización y extensión de las lesiones.

Consideramos indispensable antes de cualquier intervención que la infección esté curada para evitar exacerbaciones al manipular los tejidos y contar con una vía aérea segura para prevenir posibles complicaciones fatales.

Las intervenciones pueden variar desde una simple endoscopia para remover cicatrices o sinequias, hasta la laringectomía total, como último recurso, en los casos más severos.

A los dos pacientes con estenosis supraglótica les realizamos una laringectomía parcial horizontal siguiendo la técnica descrita por Ogura y Biller<sup>10</sup> a finales de los años sesenta. La principal ventaja de esta operación es la conservación de la voz y, su mayor inconveniente, la alteración de los mecanismos de deglución con la consiguiente broncoaspiración que, en algunas ocasiones, retarda o impide la decanulación del enfermo. Tal complicación está directamente relacionada con la naturaleza del padecimiento, extensión de la resec-

ción, edad y condiciones generales del paciente. Pensamos que la pronta recuperación de la deglución en nuestros pacientes se debió a su juventud y buenas condiciones de salud, así como a la integridad anatómico-funcional de aritenoides y articulación cricoaritenoides.

Cuando las estenosis involucran las regiones glótica y/o subglótica o cuando la extensión es transglótica, la reconstrucción se vuelve difícil. Asimismo, las posibilidades de éxito disminuyen considerablemente. En estos casos, al proponer la cirugía, es conveniente discutir con el paciente y sus familiares la posibilidad de efectuar más de un procedimiento antes de conseguir resultados satisfactorios.

El abordaje se hace preferentemente por laringofisura y, el plan a seguir, se decide al tener a la vista la lesión existente. Si las estenosis se limitan a la pared posterior, como en dos de nuestros casos, se reseca la zona de cicatriz procurando conservar toda la mucosa posible y se avanza un colgajo de mucosa hipofaríngea para cubrir el área cruenta. Es conveniente ferulizar la laringe durante 4 a 6 semanas para evitar reestenosis por contractura de los tejidos. Si la estenosis es circunferencial, la reconstrucción de las paredes laríngeas se hace con injertos libres de mucosa o piel de espesor parcial que se mantienen en posición por medio de una férula que se fija al exterior para evitar desplazamientos y/o extrusión. Esta operación tiene la desventaja de sacrificar la calidad de la voz por la cicatriz que se forma en la comisura anterior.

## CONCLUSIONES

- La TBL secundaria a TBP sigue siendo frecuente en nuestro medio.
- El diagnóstico se establece tardíamente con lesiones ulcerativas e in-

filtrantes que tienden a estenotar la vía aérea.

- La cirugía laríngea ofrece la oportunidad de resolver de manera adecuada muchas de estas lesiones. Las posibilidades de éxito son mayores en las estenosis supraglóticas o glóticas posteriores con mínima extensión subglótica posteriores con mínima extensión subglótica que en las estenosis circunferenciales que involucran a las cuerdas vocales, articulación cricoaritenoides y región subglótica.
- Es recomendable que todo paciente con TBP sea valorado por el otorrinolaringólogo para descartar posible participación laríngea o detectarla y tratarla desde su inicio para evitar complicaciones y secuelas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Thaller S.R. Gross J. R.: Laryngeal Tuberculosis as Manifested in the Decades 1963-1983. *Laryngoscope*, 1987. 97:848-850.
2. Manni H.: Laryngeal Tuberculosis in Tanzania. *J. Laryngol. Otol.*, 1983. 97:565-570.
3. Bailey Windle-Taylor P C: Tuberculous Laryngitis: A Series of 37 Patients. *Laryngoscope*, 1981. 91:93-100.
4. Hunter A. M. Millar J W: The Changing Pattern of Laryngeal Tuberculosis. *The J. Laryngol. Otol.*, 1981. 95:393-398.
5. Espinoza C G, Montaña P: Laryngeal Tuberculosis. *Laryngoscope*, 1981. 91:110-113.
6. Levenson M.J. Ingerman M: Laryngeal Tuberculosis: Review of Twenty Cases. *Laryngoscope*, 1984. 94:1094-1097.
7. Yarnal J.R, Golish J.A.: Laryngeal Tuberculosis Presenting as Carcinoma. *Arch. Otolaryngol.*, 1981. 107:503-505.

8. Soda A., Ledezma F.: Tuberculosis Laríngea Asociada a Tuberculosis Pulmonar. Anales Soc. Mex. ORL, 1984. 29:94-100.

9. Soda A., Rubio H., Salazar M., Gá-

ner, J. Berlanga, D. Sánchez A.: Tuberculosis of the Larynx: Clinical Aspects in 19 Patients. Laryngoscope, 1989. 99:1147-1150.

10. Bailey B., Biller H.: Surgery of the

Larynx. W.B. Saunders. Philadelphia, PA., 1985.

11. Cummings, C.W.: Atlas of Laryngeal Surgery. The C.V. Mosby Co. St. Louis, MO., 1984.



# Manejo quirúrgico de las fístulas oro-antrales

## Presentación de 6 casos

Dr. José Angel GUTIERREZ MARCOS\*  
Dr. Enrique AZUARA PLIEGO\*\*  
Dr. Arcadio SACRE\*\*\*

*Resumen.- La fistulización del seno maxilar hacia la cavidad oral, puede producirse por varias causas, sin embargo, la más común es la ocasionada por la extracción dentaria cruenta.*

*La corrección de esta patología requiere de una cuidadosa selección de la técnica quirúrgica debiéndose valorar además el grado de infección sinusal, el tamaño de la comunicación y el tiempo de evolución de la misma, para lograr el éxito con el tratamiento.*

*En el presente trabajo se manejan a 6 pacientes portadores de esta patología, con un buen resultado post-operatorio y la curación de la patología sinusal, habiéndose tenido la necesidad de reali-*

*zar exploración antral por la vía de Caldwell-Luc previo a la fistulectomía. Se menciona también la importancia de disponer de un injerto o implante adecuado que permita el cierre total de la fístula.*

*Summary.- The surgical management of six patients with an oroantral fistulae, treated with a combined approach to the maxillary sinus, prior to the closing of the fistulae is discussed. The authors comment the importance of the graft used to obtain a total closure of the fistulae.*

### INTRODUCCION

La perforación del seno maxilar para formar una fístula oro-antral puede ocurrir como consecuencia de cirugía, trauma, radiación, quistes o neoplasias; sin embargo, la causa más frecuente la sigue ocupando la extracción dentaria de premolares o molares, debido a la relación que guardan las raíces de éstos con el seno maxilar y el espesor del piso antral a ese nivel que varía entre 1 y 7 mm.<sup>1</sup>

Generalmente las fístulas pequeñas (menores de 5 mm), cierran es-

pontáneamente, sin embargo, cuando son mayores de esta dimensión requieren de un tratamiento quirúrgico que si no es seleccionado cuidadosamente puede convertirse en un verdadero reto para el cirujano.<sup>2</sup>

El otorrinolaringólogo debe escoger el abordaje adecuado, basado no solamente en el tamaño de la fístula, sino tomando en cuenta también la dimensión y el estado del tejido disponible para la reparación de la comunicación, siendo también una condición indispensable para el éxito del evento, el hecho de que se elimine la patología del seno así como la totalidad del trayecto fistuloso,<sup>3,4</sup> influyendo además el diámetro del defecto óseo, el grado de infección alrededor del diente incluido el antro maxilar y la intensidad de la presión aérea ejercida a nivel de la herida reparada.<sup>5</sup>

Clínicamente, las fístulas se clasifican en agudas y crónicas. Como agudas se designan a las que han persistido de 1 a 3 semanas, la mayoría de ellas cierran en forma espontánea siempre y cuando se establezca un correcto manejo de la infección antral.

Las que constituyen el grupo de las crónicas son aquéllas que permanecen por más de 3 semanas, caracterizadas porque el trayecto fistuloso se

\*Médico adscrito al servicio de ORL del C.H. 20 de noviembre ISSSTE.

\*\*Médico adscrito al servicio de ORL del C.H. Adolfo López Mateos, ISSSTE.

\*\*\*Residente de 3er. año del servicio de ORL del C.H. 20 de noviembre, ISSSTE.

epiteliza y una vez que esto sucede, el cierre espontáneo es imposible y en muchas ocasiones si no se tiene un especial cuidado en la selección de la técnica quirúrgica, se puede convertir en fístula persistente y en un verdadero problema para su correcta solución.<sup>6,7</sup>

El presente artículo describe el tratamiento quirúrgico empleado en 6 pacientes portadores de fistulas oro-antrales.

## PRESENTACION DE CASOS

El presente trabajo reporta el manejo de 6 pacientes portadores de fístula oro-antral, guardando una relación de 2 a 1 en cuanto al predominio del sexo femenino con respecto al masculino, con un rango de edades fluctuante entre los 21 y 56 años de edad y dimensiones del defecto que iban de los 5 a los 8 mm (Cuadro 1).

Todos los casos fueron tratados bajo anestesia general con intubación oro-traqueal, mediante la realización de técnica de Caldwell-Luc y resección fistulosa, así como el uso de colgajos deslizantes gingivales; uno de ellos tuvo la necesidad de ser resuelto mediante el uso de colgajo gingivo-bucal. En otro caso se interpuso una placa de fosfato tricálcico como regenerador óseo, ya que el defecto post-extracción de quiste apical era importante.

Todos los pacientes fueron valorados mediante estudio radiológico convencional de senos paranasales pre-operatorios, así como al mes de operados. Asimismo se les instaló tratamiento a base de cefalosporinas, a razón de 1.5 g diarios, una semana previa al tratamiento quirúrgico.

## RESULTADOS

Unicamente en uno de los 6 pacientes intervenidos se presentó recidiva fis-

CUADRO 1

PACIENTE	SEXO	EDAD	TAMAÑO DEL DEFECTO
#1	Fem.	28 años	.7 cm
#2	Fem.	35 años	.8 cm
#3	Masc.	32 años	.5 cm
#4	Masc.	21 años	.5 cm
#5	Fem.	56 años	.8 cm
#6	Fem.	30 años	.6 cm

CUADRO 2

PACIENTE	TRAT. CASUAL	TRAT. DE LA FISTULA	RESULTADOS
#1	extracción dentaria con desplazamiento	colgajo gingival C.L.	curación
#2	Quiste periapical	C.L. Colgajo gingival y fosfato trical.	curación
#3	ext. dentaria	C.L. Colgajo gingival	curación
#4	extracción dentaria con desplazamiento	C.L. Colgajo gingival	curación
#5	extracción dentaria con desplazamiento	C.L. Colgajo gingivo-bucal y reintervención	recidiva inicial, cierre quir. un mes después. Curación
#6	extracción dentaria	C.L. Colgajo gingival	curación

Nota. C.L. = Caldwell-Luc

tulosa (caso No. 5), que fue resuelta en un segundo tiempo realizado un mes después (cuadro 2); el resto de los casos evolucionaron satisfactoriamente, cerrando íntegramente, habiendo dejado un tubo de ventilación naso-antral durante una semana así como vigilancia de la herida alveolar a los 7, 15 y 30 días, valorando la evolución de los síntomas pre-operatorios para declarar la curación total (Cuadro 3).

La sinusitis maxilar que provocaba cefalea y rinorrea anterior intensas en prácticamente todos los casos, fue tratada mediante antibióticoterapia durante una semana previa al evento quirúrgico y se continuó 7 días más posteriores al mismo. Además se dio la indicación de no limpiar la nariz con fuerza y a la paciente que recidivó (paciente no. 5), una vez que se le resolvió su segundo tiempo quirúrgi-

co, se le autorizó el uso de las prótesis dentarias aproximadamente 6 semanas después.

En la revisión de los antros maxilares por la vía de Caldwell-Luc, fue un hallazgo general la secreción purulenta y el engrosamiento de la mucosa. En todos ellos se retiró el trayecto fistuloso y se amplió a nivel óseo mediante el uso de fresa neumática.

## COMENTARIO

Las técnicas enunciadas para la solución de las fistulas oro-antrales se dividen en 4 grupos, que son:

1. Colgajos locales
2. Colgajos a distancia
3. Injertos
4. Implantes

Dentro de los colgajos locales, se puede contar con los yugales o buca-

CUADRO 3

PACIENTE	SECRECION GINGIVAL	RINORREA	CEFALEA	HALITOSIS	POST-OP
#1	(++++)	(++)	(++)	(++++)	(-)
#2	(++++)	(-)	(-)	(++++)	(-)
#3	(+++)	(+++)	(++)	(++++)	(-)
#4	(++++)	(++)	(+++)	(++++)	(-)
#5	(++)	(++++)	(+)	(++++)	mejoría y neg. en el 2º acto
#6	(++++)	(+++)	(+++)	(++++)	(-)

Nota: Evaluación comparativa mínima (+) y máxima (++++)  
Ausente = (-)

les, los gingivales, los palatinos o la combinación de los mismos, dependiendo de la localización y extensión de la patología.

Los manejados con estructuras vecinas (colgajos a distancia), generalmente se utilizan en comunicaciones mayores y pueden disponerse como colgajos linguales, mediante el uso del dorso o la porción lateral lingual.

Por lo que corresponde a los injertos que se utilizan en estos casos, básicamente provienen de hueso esponjoso de la cresta ilíaca, teniendo como principales inconvenientes el que requieren de un segundo procedimiento quirúrgico así como la reabsorción gradual del injerto dependiendo del sitio receptor.

Por último en el terreno que corresponde a los implantes, se utilizan desde las placas de oro y tantalio hasta acrílicos y bio-implantes, como la hidroxiapatita y el fosfato tricálcico, debiendo tenerse especial cuidado en no modificar demasiado la altura del reborde alveolar, sobre todo si el paciente utiliza prótesis dentarias.<sup>8,9</sup>

Guarda especial importancia, el hecho de que en la mayoría de los casos se requerirá de la realización de una revisión del antro maxilar mediante la técnica de Caldwell-Luc, generalmente acompañada de la limpieza y en ocasiones curetaje de la mucosa engrosada, así como la ampliación del trayecto fistuloso a nivel del piso del

seno, siendo necesaria la realización de una antrostomía intranasal vía meato inferior, con la colocación de un tubo de ventilación que en caso necesario puede ser utilizado como vía de aseo mediante lavado mecánico.

Debe practicarse el cierre de la herida quirúrgica por lo menos a 3 o 4 mm de distancia de la desembocadura de la fistula para evitar una recidiva. La zona donadora del colgajo granula y cierra por segunda intención en un lapso de 3 a 6 semanas.

### CONCLUSIONES

El cierre de las fístulas oro-antrales puede ser un procedimiento sencillo si se siguen ciertas normas en su manejo y selección de la técnica quirúrgica adecuada; para ello deben ser estudiadas las características de los factores locales y generales de cada paciente.

Constituye un punto básico para el éxito quirúrgico, el hecho de controlar la infección sinusal, así como realizar un seguimiento post-operatorio muy estrecho del paciente, debiéndose tener en mente en primer lugar el tratamiento del antro, incluyendo la exicción de la mucosa si es necesario, así como un correcto drenaje y ventilación del mismo. En segundo término realizar el cierre de la comunicación mediante un colgajo sin tensión, bien vascularizado y si es necesario con la interposi-

ción de un injerto o implante adecuado.<sup>10</sup>

Aun cuando sabemos que la tendencia natural en las fístulas oro-antrales hacia el cierre espontáneo, aquellas en las que se agrega una infección sinusal, permiten el desarrollo de un círculo vicioso, hasta lograr la epitelización del trayecto y la formación fistulosa final.

Cuando la fístula se mantiene presente durante más de tres semanas, a pesar de haber sido tratada la infección sinusal se hace necesario el abordaje quirúrgico.

Si se requiere del uso de otro elemento para sellar el defecto óseo (el cual generalmente es mayor que el que se observa en tejidos blandos), debe seleccionarse en forma cuidadosa, teniendo en cuenta que el hueso esponjoso tiende a la reabsorción. Los materiales aloplásticos generalmente se extruyen con el tiempo, brindando en la actualidad un futuro promisorio los bio-implantes.<sup>11</sup>

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Awang M.N.: Closure of oroantral fistula. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17:110-115
2. Del Junco, R., Rappaport I.: Persistent oral antral fistulas. *Arch, Otolaryngol. Head and Neck Surg.* 1988; 114: 1315-1316.

3. *Wei Y. Y. Merrill R.:* Secondary closure of oro-antral and oro-nasal fistulas. *J Oral Maxillo-fac. Surg.* 1988; 45: 357-364.
4. *Skoglund L.A., Pedersen S.:* Surgical management of 85 perforations to the maxillary sinus. *Int. J. Oral Surg.* 1983; 2: 185-187.
5. *Smith T.S., Schaberg S.J.:* Repair of a palatal defect using a dorsal pedicle tongue flap. *J. Oral Maxillo-fac. surg.* 1982; 40:670-674.
6. *Wovern N.V.:* Treatment of oro-antral fistulae. *Arch. Otolaryngol.* 1974; 3: 124-127.
7. *Ehrl P.A.:* Oro-antral communication: Critical study of 175 patients. *Int. J. Oral Surg.* 1980; 9: 351-354.
8. *Ito T. Hara H.:* A new technique for closure of oro-antral fistula. *J. Oral surg.* 1980; 38: 509-512
9. *Skolnick E., O'Neill J.:* Closure of oro-antral fistula. *Laryngoscope* 1979; 89: 844-845.
10. *Ztajcic Z., Todorovic L.:* Tissucol in closure of oroantral communication. *Int. J. Oral surg.* 1985; 14:444-446.
11. *Al-Sibahi A.:* The use of soft polymethylmethacrylate in the closure of oro-antral fistula. *J. Oral maxillofac. surg.* 1982; 40: 165-166.

# Aritenoidectomía con laser de CO<sub>2</sub>

Dr. Masao KUME\*  
Dr. Adrián ZALDIVAR\*  
Dr. Juan José MATUS\*

*Resumen.- Se realizó la aritenoidectomía endoscópica con laser de CO<sub>2</sub> en 5 pacientes con parálisis bilateral en abducción de cuerdas vocales ocasionada en su mayoría por lesión de los nervios laríngeos post-tiroidectomía.*

*La técnica, resultados y discusión son comentados.*

**Palabras clave:** aritenoidectomía, laser CO<sub>2</sub>, cuerdas vocales

*Summary.- An endoscopic CO<sub>2</sub> Laser Aritenoidectomy was performed on five patients for bilateral abductor vocal cord paralysis in most of the cases due recurrent laryngeal nerve damage after thyroidectomy.*

*The techniques and results are discussed.*

## INTRODUCCION

La parálisis bilateral de las cuerdas vocales en abducción constituye un

problema severo que puede establecer un estado de urgencia y la necesidad de traqueostomía para mantener la vía aérea permeable.

Su terapéutica pretende mejorar 3 funciones básicas de la laringe: la respiración, la fonación y la protección contra secreciones o cuerpos extraños que puedan caer en la glotis.

En la revisión de las técnicas<sup>1, 2, 3, 4</sup> que se han utilizado para mejorar este problema, destacan: la externa de Woodman, la aritenoidectomía endoscópica de Thornell, la modificada de Kleinsasser y más recientemente la reinervación directa de Tucker.

La externa de Woodman, consiste en la exposición del cartilago aritenoides y preservando el proceso vocal para anclar éste y realizar su lateralización.

La de Thornell<sup>4,5</sup> que fue descrita en 1948, propone la vía intralaríngea para la aritenoidectomía con el laringoscopio de Lynch, previa traqueostomía. El lecho aritenoides es electrocoagulado no sólo para hemostasia, sino también para estimular la cicatrización para una futura lateralización cordal.

Kleinsasser, propone en 1968 la modificada de Thornell con un éxito en un número pequeño de casos.

En cuanto a la reinervación de Tucker no la comentamos ya que no tiene íntima relación con esta presentación.<sup>6, 7</sup>

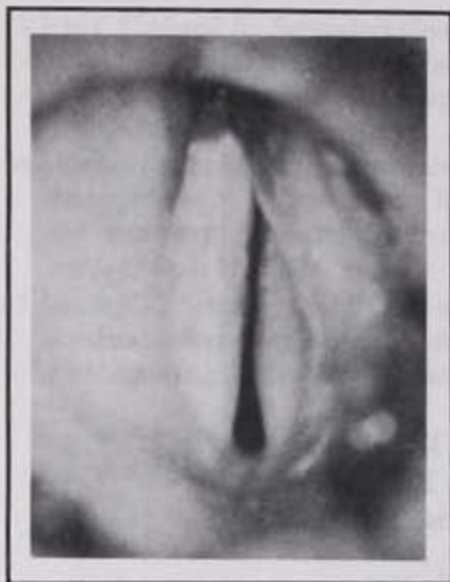
El objetivo principal de esta comunicación, es mostrar la experiencia que hemos adquirido en el manejo de laser de CO<sub>2</sub>,<sup>8, 9, 10, 11, 12,13,14</sup> extra- yendo el aritenoides de un lado, con el fin de obtener un espacio glótico suficiente que proporcione respiración satisfactoria, fonación y fenómeno de protección; asimismo, la decanulación temprana del paciente que ha requerido de traqueostomía de urgencia o electiva para realizar este procedimiento.

En 1985, tuvimos la oportunidad de realizar nuestro primer caso; que fue objeto de presentación en el XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología en 1986, en la Ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco.

## PRESENTACION DE CASOS

Caso (1).- Paciente de 48 años de edad, con historia muy prolongada y tórpidas que inició a los 26 años de edad cuando fue sometida a tiroidectomía total con lesión recurrencial bilateral, presentando insuficiencia

\* Hospital Angeles del Pedregal, México, D.F.



**Foto 1**

Parálisis bilateral en abducción de cuerdas vocales

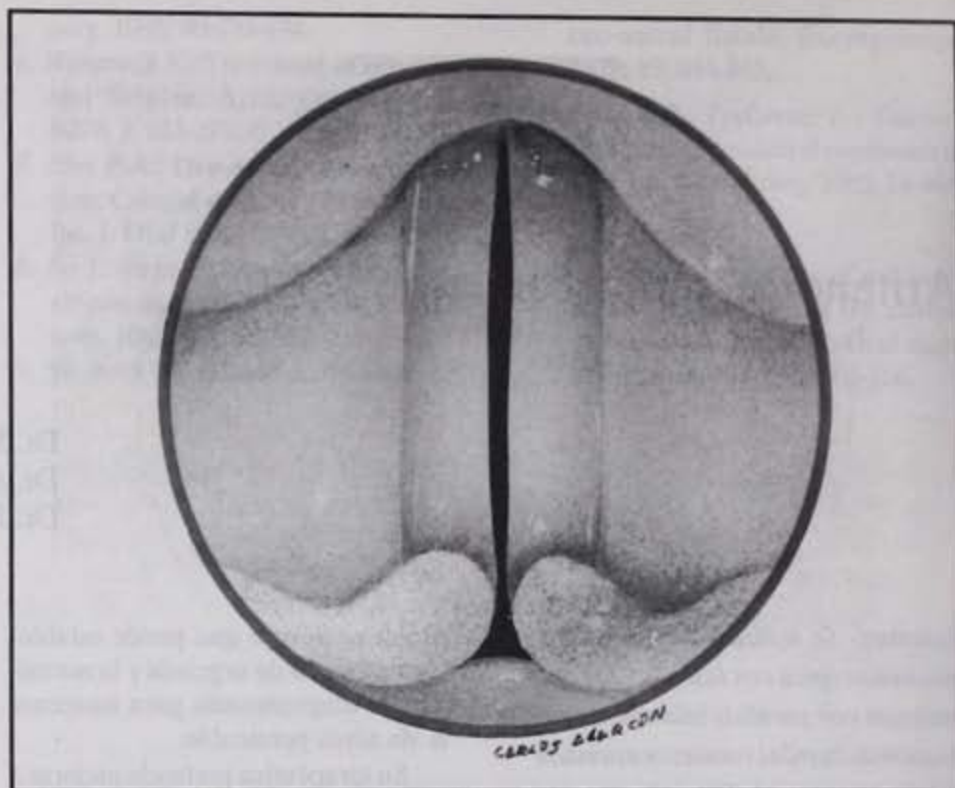
respiratoria moderada que mejoró espontáneamente, pero semanas después refirió disfonía y ligero estridor nocturno que prevaleció hasta 1983, cuando presentó infección de las vías aéreas superiores con acentuada insuficiencia respiratoria que ameritó traqueostomía, fue decanulada días después persistiendo la disfonía y el estridor.

En 1984, la vimos por primera vez estableciendo el diagnóstico de parálisis bilateral en abducción de cuerdas vocales proponiendo aritenoidectomía con laser de CO<sub>2</sub>.

Fue hasta 1985, que al presentarse nueva infección de las vías respiratorias fue hospitalizada y al no ceder con el tratamiento conservador a base de ambiente húmedo, esteroides y antibióticos se efectuó nuevamente traqueostomía y aritenoidectomía derecha con laser de CO<sub>2</sub>.

Permaneció hospitalizada por 72 horas y fue decanulada a las 3 semanas sin complicaciones. Actualmente evoluciona sin problema respiratorio, ni vocal.

Caso (2).- Paciente femenina de 69 de edad que en 1946, fue sometida a



**Foto 2**

Parálisis bilateral en abducción de cuerdas vocales

hemitiroidectomía derecha cursando con disfonía post-operatoria que mejoró. En 1956, se efectuó hemitiroidectomía izquierda, cursando con insuficiencia respiratoria siendo tratada con aritenopexia en 1971 sin resultados satisfactorios, continuando con estridor y problemas respiratorios.

En mayo de 1987, establecimos el diagnóstico de parálisis bilateral en abducción de cuerdas vocales, haciendo traqueostomía y aritenoidectomía derecha con laser de CO<sub>2</sub>. Fue dada de alta 48 horas después y decanulada a las 4 semanas posteriores.

A la fecha su respiración, como la fonación son satisfactorios.

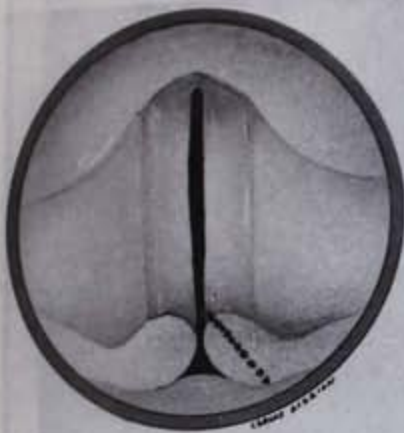
Caso (3).- Masculino de 54 años de edad hospitalizado en enero de 1987 por hepatitis y durante su estancia presentó insuficiencia renal, hepática y paro respiratorio, siendo intubado por 33 días y practicándosele traqueostomía. Fue decanulado 2 meses después.

Visto por nosotros en mayo de 1987, con insuficiencia respiratoria de pequeños esfuerzos y estridor laríngeo. Se le diagnosticó parálisis bilateral de cuerdas vocales en abducción.

En julio de 1987, se realizó traqueostomía y aritenoidectomía derecha con laser de CO<sub>2</sub>. Fue decanulado un mes después. Su evolución fue satisfactoria con vía aérea permeable y fonación aceptable.

El 26 enero de 1989, fue hospitalizado por coma diabético estando 12 días en terapia intensiva e intubado; durante su hospitalización desarrolló úlcera de stress y neumonía basal derecha, fue dado de alta 26 días después de su ingreso.

Nuevamente fue visto por nosotros en abril de 1989 y se observó sinequia del tercio posterior glótico; su manejo en esta ocasión fue con traqueostomía y vaporización con laser de CO<sub>2</sub> de sinequia en la comisura posterior. Fue



**Foto 3**

Incisión con Laser de CO<sub>2</sub> a nivel del cartilago aritenoides.

decanulado al mes y su evolución es satisfactoria.

Caso (4).- Femenina de 29 años de edad, terapeuta física que fue sometida a tiroidectomía total por cáncer papilar en 1985, presentando insuficiencia respiratoria moderada y estridor laríngeo post-operatorio.

En el mes de agosto de 1988 le diagnosticamos parálisis bilateral en abducción de cuerdas vocales. Un mes después previa traqueostomía se realizó aritenoidectomía derecha. Fue dada de alta 2 días después y decanulada al mes. No tiene problemas respiratorios ni fonatorios y ha regresado a sus labores habituales.

Caso (5).- Correspondió a una paciente de 63 años de edad, con la historia de tiroidectomía parcial en 1964 por Bocio coloide presentando insuficiencia respiratoria que ameritó traqueostomía.

Le hicimos en diagnóstico de parálisis bilateral en abducción en noviembre de 1988 y tenía cánula de traqueostomía funcionante. Un mes después se realizó aritenoidectomía derecha con laser de CO<sub>2</sub>. Fue decanulada 2 meses después de la cirugía.



**Foto 4**

Incisión con Laser de CO<sub>2</sub> a nivel del cartilago aritenoides.

## TECNICA

Cuando no existe traqueostomía, el paciente es sometido a este procedimiento bajo anestesia local e intubado por esta vía con concentración al 40% de oxígeno.

Exponemos el campo quirúrgico bajo laringoscopia de suspensión tipo Saito. Siguiendo nuestras reglas de seguridad del uso del laser de CO<sub>2</sub> cubrimos completamente la cara y el laringoscopio de suspensión. Posteriormente adaptamos el equipo Micro-Slad tipo Sharplan al microscopio y procedemos a comprobar el buen funcionamiento del laser.

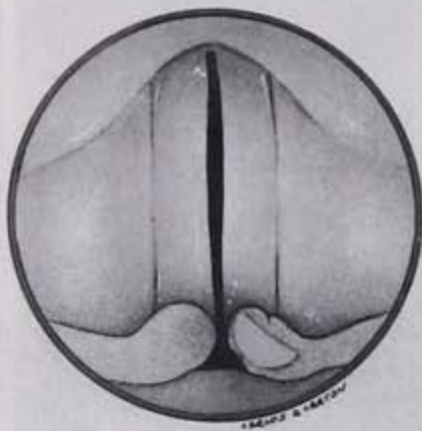
Expuesta microscópicamente la laringe con atención a la zona aritenoides derecha (Fotos 1, 2), colocamos la señal de HeNe de equipo laser sobre aritenoides e incidimos longitudinalmente encima del mismo a 10 watts y modo continuo a 0.2 segundos de du-

ración (Fotos 3, 4). Al descubrir el aritenoides ampliamente, lo tomamos de un extremo con una pinza microquirúrgica para traccionarlo y facilitar su extracción, teniendo cuidado de que incluya la apófisis vocal (Fotos 5, 6). El colgajo sobrante y el lecho aritenoides se vaporiza para dejar una superficie regular (Fotos 7, 8). Notando al finalizar el procedimiento, un gran espacio en el tercio posterior de la cuerda vocal derecha y una flacidez importante de la misma (Fotos 9, 10).

## RESULTADOS

Los parámetros que evaluamos fueron los siguientes:

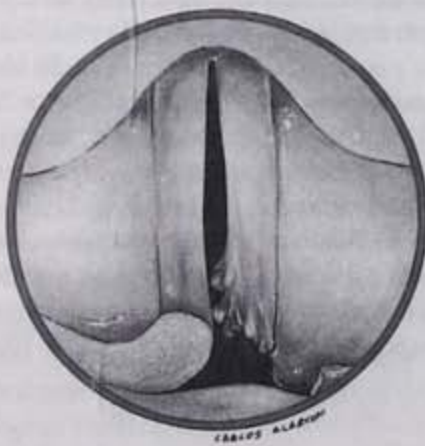
1. Respiración
2. Fonación
3. Protección
4. Tolerancia a la técnica y decanulación
5. Adaptación a su vida habitual.



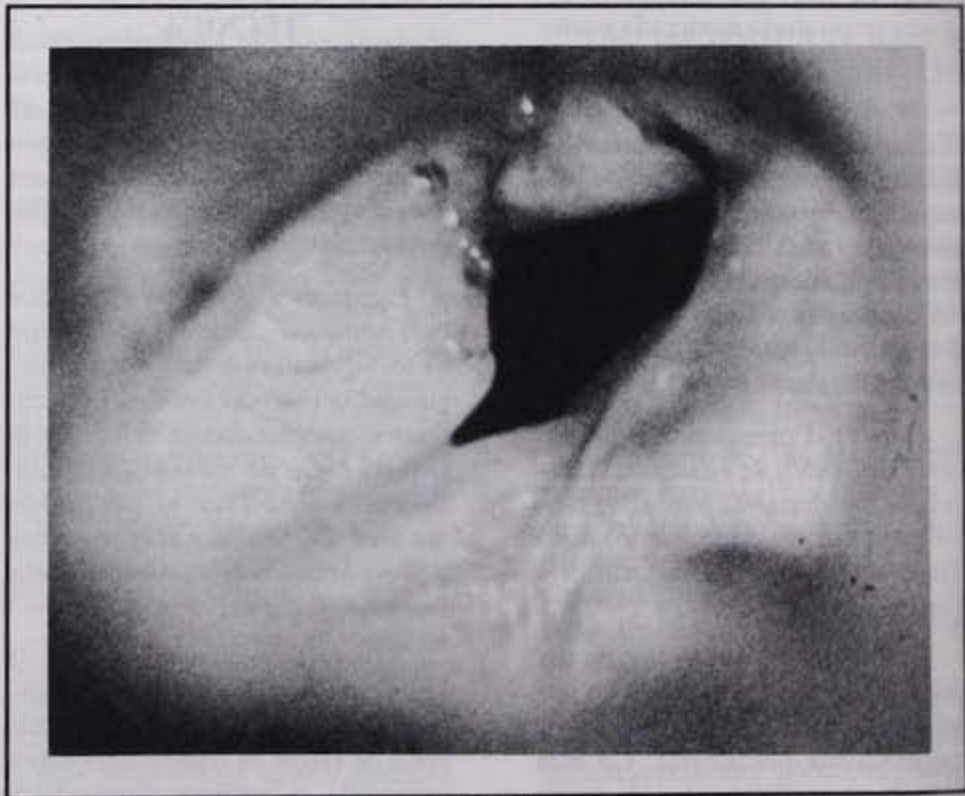
**Foto 5**  
Cartilago aritenoides expuesto antes de su extracción.



**Foto 6**  
Cartilago aritenoides expuesto antes de su extracción.

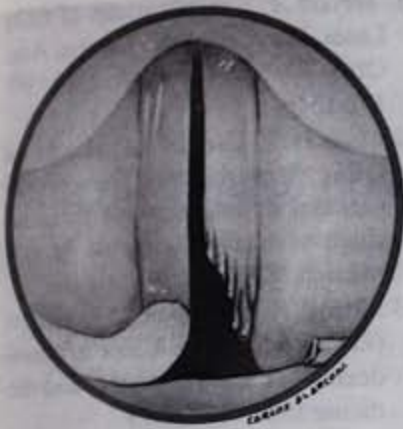


**Foto 7**  
Vista posterior a la extracción del cartilago aritenoides.



**Foto 8**  
Vista posterior a la extracción del cartilago aritenoides.





**Foto 9**

Resultado final de la Aritenoidectomía, obsérvese el amplio espacio obtenido en el tercio posterior.

Cuatro de los cinco casos presentan actualmente respiración satisfactoria, un caso presenta ocasionalmente edema de cuerdas vocales y es necesario asistirlo con medicamentos.

En relación a la fonación todos los casos son satisfactorios asimismo el fenómeno de protección al tener tos efectiva.

La técnica fue tolerada sin problemas por la totalidad de los casos, su hospitalización corta y decanulación temprana, salvo un caso que tuvo angustia de la decanulación temprana.

Cuatro pacientes están incorporados a su vida habitual y sólo un paciente que por su multiplicidad de problemas se retiró de su trabajo.

## DISCUSION

El uso del laser de CO2 en la microcirugía de laringe ha facilitado el tratamiento de varios padecimientos laríngeos siendo uno de ellos el de la parálisis bilateral en abducción de las cuerdas vocales.

En el periodo comprendido entre 1985 y 1989 tuvimos la oportunidad de



**Foto 10**

Resultado final de la Aritenoidectomía, obsérvese el amplio espacio obtenido en el tercio posterior.

tratar cinco casos, lo que demuestra su baja frecuencia comparado con otros padecimientos laríngeos.

La técnica ciertamente la podemos considerar reciente no existiendo en la literatura numerosos casos reportador pero si buenos resultados en su tratamiento. Desde que resolvimos nuestro primer caso nos dimos cuenta de la relativa facilidad de la técnica ya que estamos habituados al uso del laser y las técnicas de microcirugía.

La restitución de la vía aérea lograda al ampliar el espacio en el tercio posterior logrando decanular a los pacientes entre 3 y 4 semanas del postoperatorio; la conservación de la voz y finalmente permitir tener el fenómeno de tos evitando la caída de secreciones en la tráquea, todo esto por el espacio lo suficientemente necesario para satisfacer estas necesidades.

En otras técnicas como la aritenopexia existen ciertas dificultades en la producción de la voz, al retirar de la

línea media una de las cuerdas vocales.

Nuestros resultados fueron satisfactorios tanto en el manejo de la técnica como en la restitución de la vía aérea, conservación de la calidad de la voz y permitir una tos efectiva por lo que en nuestra experiencia la consideramos la técnica ideal para el manejo de estos casos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Helmus C.: Microsurgical thyrotomy and aritenoidectomy for bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis. *Laryngoscope* 1972. 82:491-503.
2. Nassar WY., Sadek S.A. Baraka ME Jones PH: Intralaryngeal arytenoidectomy. *J. Laryngol Otol* 1985 99: 513-516.
3. Eskew JR; Bailey: Laser Aritenoi-

- dectomy for bilateral vocal cord paralysis. *Otolaryngology head and neck surgery* 1983. 91 (3) 294-298.
4. *Cohen S.R. Thompson J. W.*: Use of Botulinum Toxin to lateralize true vocal cords: a biochemical method to relieve bilateral abductor vocal cord paralysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1987. 96.:534-541.
  5. *Campora E., Camaioni A; et al*: Thornell's approach for aritenoidectomy in the paralysis, personal experience and results. *J. Laryngol Otol* 1985. 99:379-382.
  6. *Tucker M.M.*: Vocal Cord Paralysis-1979: Etiology and Management. *Laryngoscope* 1980. 90:585-590.
  7. *Leg Ku*: Essential otolaryngology head and neck surgery. Third Edition Med. Exam. Publishing Co., Inc. 1983 450-541.
  8. *Mihasi S et al*: Laser Surgery in otolaryngology interactium of CO2 Laser ans suftissues. *Ann NY. Acad. Sci.* 1967 263-294.
  9. *Strong M S, Jako G J*: Laser Surgery in the Larynx. Early Clinical Experience With Continuous CO2 Laser. *Ann Otol Laryngol* 1972. 81:791-798.
  10. *Strong M S., Jako G J, Vaugham CW, Healy G B, Polanyi T*: The Use of CO2 Laser in Otolaryngology; a progress Report. *Trans AM Acad. Ophthalmology Otolaryng.* 1976; 82:595-602.
  11. *Meyers A*: Complications of CO2 Laser. *Surgery of the Larynx. Ann Otol, Rhinol, Laryngol*, 1981. 90: 132-134.
  12. *Dedo H*: El Uso del Rayo Laser en ORL. *Memorias del II Curso internacional de microcirugía de la laringe y rehabilitación de la voz. México*, 1983.
  13. *Ossoff R H, Kaplan M.S., Sisson G.A.*: Endoscopic Laser aritenoidectomy. *Lasers in surgery and medicine* 1983. 2: 293-299
  14. *Lim R Y*: Laser aritenoidectomy. *Arch, Otolaryngol* 1985. 111 (3) 262-263.

# CASOS CLINICOS

## Sangrado nasal posterior secundario a malformación vascular\*

Dr. Juan Antonio SORDO PEREZ\*\*  
Dr. Jorge Arturo ZAVALA HABIB  
Dr. Bernardo GROBEISEN ROUDY

*Resumen.- Se presenta el caso de un paciente del sexo femenino de 45 años con epistaxis posterior refractaria asociada a una malformación vascular en el territorio de la arteria esfenopalatina derecha.*

*Se describe su seguimiento y manejo quirúrgico.*

**Palabras clave:** epistaxis, epistaxis posterior, ligaduras arteriales, malformación vascular

*Summary.- A 45 years old female, with a posterior epistaxis associated with an arterial malformation of the sphenopalatine artery is presented. The surgical management and follow up is described.*

### INTRODUCCION

El sangrado nasal posterior representa una urgencia en la consulta otorrinolaringológica debido a lo aparatoso de algunos cuadros y los problemas técnicos que representa su control.

Este artículo ejemplifica un caso de sangrado nasal posterior asociado a una malformación vascular en el territorio de la arteria esfenopalatina derecha, su mala respuesta al tratamiento médico convencional, así como el abordaje quirúrgico requerido para su control.

El sangrado nasal posterior es un problema frecuente sobre todo en la edad adulta, siendo el sitio más común el territorio de la arteria esfenopalatina ya sea en su trayecto por el septum o la pared lateral nasal. Teniendo en cuenta que generalmente no es controlable con maniobras sencillas se han planteado numerosas alternativas para su manejo quirúrgico, entre las que destacan:

- a) Taponamiento nasal posterior.
- b) Uso de angioesclerosantes.
- c) Embolización distal transarterial.
- d) Ligadura de la arteria carótida externa.
- e) Ligadura transnasal de la arteria esfenopalatina.

f) Ligadura transantral de la arteria maxilar interna.

Todas las técnicas anteriormente mencionadas reportan resultados variables, de igual manera representan diferentes riesgos.

Tomando en consideración que son numerosas las etiología que se asocian a la epistaxis posterior, un estudio médico completo, apoyado en una historia clínica minuciosa pueden marcar la pauta del enfoque terapéutico.

Entre las etiologías más frecuentes que debemos tener en consideración figuran:

- 1) Epistaxis severa asociada a hipertensión arterial.
- 2) Epistaxis traumática
- 3) Epistaxis asociada a malformaciones vasculares.
- 4) Epistaxis asociada a tumores y malformaciones.
- 5) Epistaxis asociada a discrasias sanguíneas (hemofilia, fibrinólisis).
- 6) Epistaxis asociada a infecciones.
- 7) Otras (Deficiencias vitamínicas, cirrosis, nefritis, coagulopatías).

La telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Rendu-Osler-Weber es un problema sistémico de tipo autosómico dominante que

\*Trabajo presentado en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, A.C. Guadalajara, Jalisco.

\*\* Hospital Español. Residente 1er año.

afecta los pequeños vasos sanguíneos. La enfermedad es caracterizada por lesiones extensas en la mucosa, vísceras y lesiones vasculares de la piel.

La deficiencia en la muscularis y el tejido conectivo propicia la ruptura espontánea de los vasos, siendo la epistaxis la manifestación más común de este problema.

La descripción clásica de esta enfermedad fue hecha por Osler en 1901, con la característica triada de epistaxis, múltiples telangiectasias cutáneas y un patrón hereditario. Hanes describió en 1909 los hallazgos histológicos de esta enfermedad, mencionando la dilatación de los vasos sanguíneos con la ausencia de las capas muscular y de tejido conectivo.

Son diversas las variantes anatómicas en el trayecto de la arteria maxilar interna así como su distribución. Sus ramas terminales la constituyen la arteria nasal posterior y la arteria esfenoplatina que se bifurca en ramas septales y nasales laterales.

El centro de distribución de la tercera rama de la arteria maxilar es la fosa pterigopalatina; donde da la arteria alveolar posterosuperior, una rama para el foramen rotundum, la arteria del canal pterigoideo y la arteria esfenoplatina. Pequeñas ramas de la arteria descendente pueden penetrar a la nariz a través del hueso palatino.

La presentación de estas arterias en la fosa pterigomaxilar tienen una forma simple que, conforme aumenta la edad se torna compleja al hacerse tortuosos los vasos. La bifurcación es a nivel del foramen esfenopalatino. La arteria nasal posterior llega a la cola de los cornetes y se anastomosa con las arterias etmoidales. El vaso superior (arteria esfenopalatina) cruza el hueso palatino e irriga el septum y la pared lateral nasal a nivel del piso donde se anastomosa con los vasos arteriales palatino y labial, en el área de Little.

La ligadura a nivel del foramen esfenopalatino sería suficiente para inactivar ambas arterias y reducir la irrigación nasal posteriormente, pero el reflujo a nivel de arteria faríngea descendente y esfenopalatina perpetúan el sangrado si no se ligan, ya que la faríngea descendente se anastomosa con ramas de la arteria facial (maxilar externa) lo que daría el llenado retrógrado, por ello la recomendación de la triple ligadura cuando se utiliza ésta como método de hemostasia, lo que reduce al mínimo el flujo retrógrado y las malformaciones vasculares en ese segmento.

### REPORTE DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 45 años con el antecedente de haber presentado hace un año un cuadro de epistaxis aparentemente posterior, profusa, que cede espontáneamente sin medicación ni tratamiento específico; en ese entonces no se encontró la causa aparente del sangrado.

Inicia su padecimiento hace tres días al presentar nuevamente epistaxis posterior profusa, súbita, en reposo, y de corta duración; posterior a esa fecha presentó cuadros similares aproximadamente en diez ocasiones, autocontrolables, de poca cuantía que no se precedieron de náuseas, vómitos, estornudos o alguna otra manifestación.

Acude a consulta asintomática, no encontrándose a la exploración física ningún dato de anormalidad.

Se realizaron: biometría hemática que reveló hemoglobina de 12.5 grs. sin otras alteraciones, química sanguínea, examen general de orina, pruebas de función hepática y de coagulación que no reportaron anomalías.

Radiología:

a) Senos paranasales: Aumento de volumen en la pared posterior de rinofaringe.

b) Politomografía hipocicloidal de rinofaringe: Se corrobora el aumento de volumen de rinofaringe sin evidencia de destrucción ósea.

c) Serie esofago-gastroduodenal: Hernia hiatal y datos de esofagitis inespecífica.

Por tal motivo, bajo anestesia general se realiza nasofaringoscopia y laringoscopia directa las cuales demuestran masa en rinofaringe de aspecto polipoideo que es reseca en su totalidad durante el acto quirúrgico enviándose espécimen a patología y masa polipoidea en seno piriforme izquierdo, revelando ambas tejidos linfoides hiperplásicos.

Esofagogastroscofia corrobora hernia hiatal y datos de esofagitis.

Evolución post-operatoria con sangrados repetitivos por vía transoral de similares características a las descritas anteriormente por lo cual se realiza Tomografía Computarizada de cráneo que no demostró alteraciones, por lo que finalmente se realiza angiografía carotídea selectiva por sustracción digital de ambas carótidas que demuestra malformación vascular de la arteria esfenopalatina derecha y región del paladar.

Debido a que no fue posible controlar los sangrados con maniobras se planteó la posibilidad de resolver este problema con dos modalidades de tratamiento que fueron la embolización selectiva o la ligadura transmaxilar de la arteria maxilar interna y sus ramas terminales. Optando por esta última.

### DISCUSION

Se trata de un sangrado nasal de presentación difícil de identificar y aun más de manejar en forma conservadora; ya que se presenta en forma espontánea encontrándose la paciente en reposo y sin realizar ningún esfuerzo que pudiera explicar la ruptura espontánea de un vaso y el sangrado subse-

cuenta que aparece exclusivamente por vía oral. Después de haberse realizado un estudio exhaustivo de las posibles etiologías, se demostró angiográficamente la malformación vascular de las ramas terminales de la arteria esfenopalatina y palatina derechas.

En base a la experiencia de uno de los autores (BGR), de 15 años y 20 casos de ligadura transmaxilar de la arteria maxilar interna y sus ramas, decidimos optar por este manejo quirúrgico.<sup>3, 4, 5, 6</sup> Ya que la embolización<sup>7, 8</sup> de pequeños vasos con gran flujo representan un peligro importante de embolias cerebrales por lo cual no consideramos conveniente su utilización en este caso en particular.

Es de suma importancia la evaluación radiológica preoperatoria, ya que de no existir desarrollo y neumatización adecuada del seno maxilar la cirugía y ligadura de los vasos no se puede realizar por esta vía.

El resultado y seguimiento post-operatorio de la paciente ha sido excelente, ya que no ha presentado sangrados nasal o transoral a partir de la cirugía que fue realizada siete meses atrás.

### ETIOLOGIAS:

- A) EPISTAXIS SEVERA ASOCIADA A HIPERTENSION ARTERIAL.
- B) EPISTAXIS TRAUMATICA.
- C) EPISTAXIS ASOCIADA A MALFORMACIONES VASCULARES.
- D) EPISTAXIS ASOCIADA A TUMORES Y MALFORMACIONES.
- E) EPISTAXIS ASOCIADA A DISCRASIAS SANGUINEAS.
- F) EPISTAXIS ASOCIADA A INFECCIONES.
- G) OTRAS.

**Figura 1**

Etiologías más frecuentes causantes de epistaxis posterior.

### MANEJO DE LA EPISTAXIS POSTERIOR:

- A) TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR Y POSTERIOR.
- B) ANGIOESCLEROSANTES.
- C) EMBOLIZACION DISTAL TRANSARTERIAL.
- D) LIGADURA ARTERIAL DE CAROTIDA EXTERNA.
- E) LIGADURA TRANSANTRAL DE LA ARTERIA MAXILAR INTERNA
- F) LIGADURA TRANSNASAL DE LA ARTERIA ESFENOPALATINA.

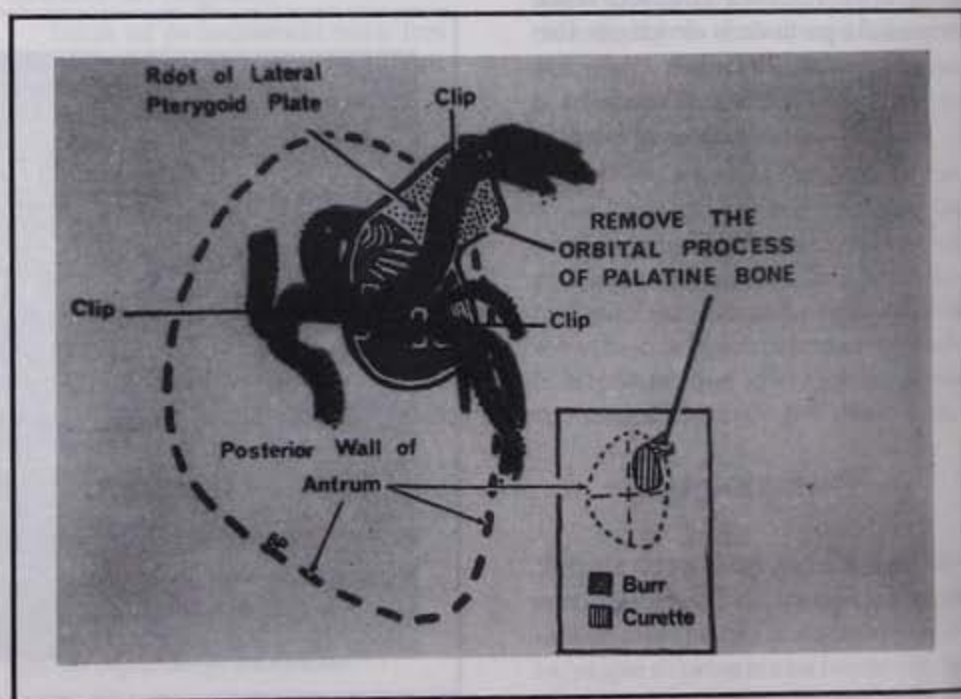
**Figura 2**

Opciones terapéuticas para el manejo del sangrado nasal posterior



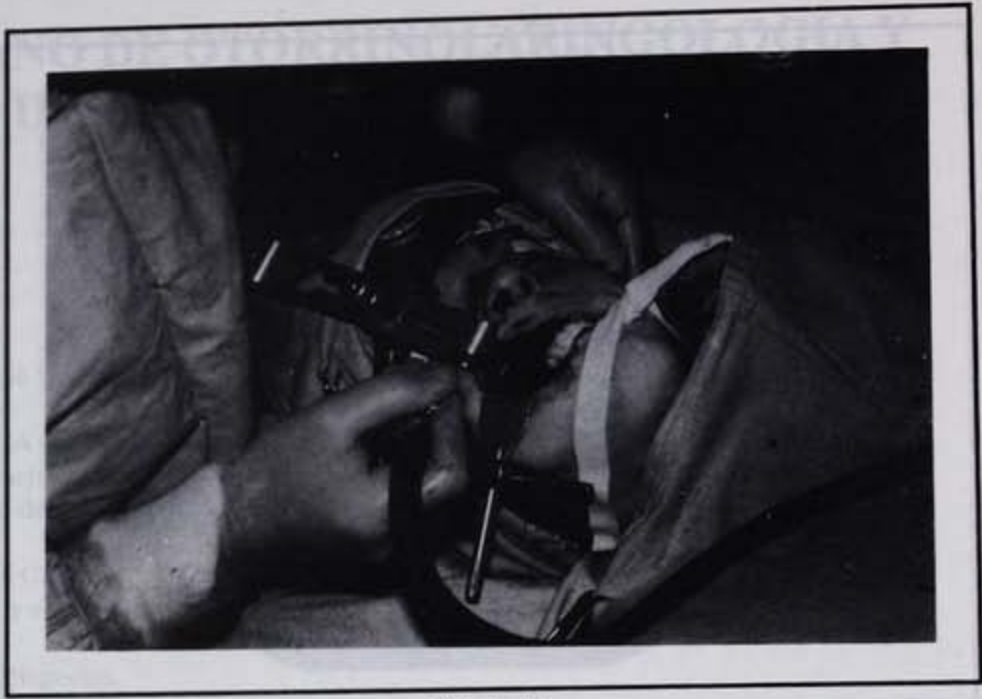
**Figura 3**

Angiografía selectiva por sustracción digital de la arteria Carótida externa derecha. Se observa el reforzamiento vascular en el territorio de la arteria esfenopalatina y paladar.



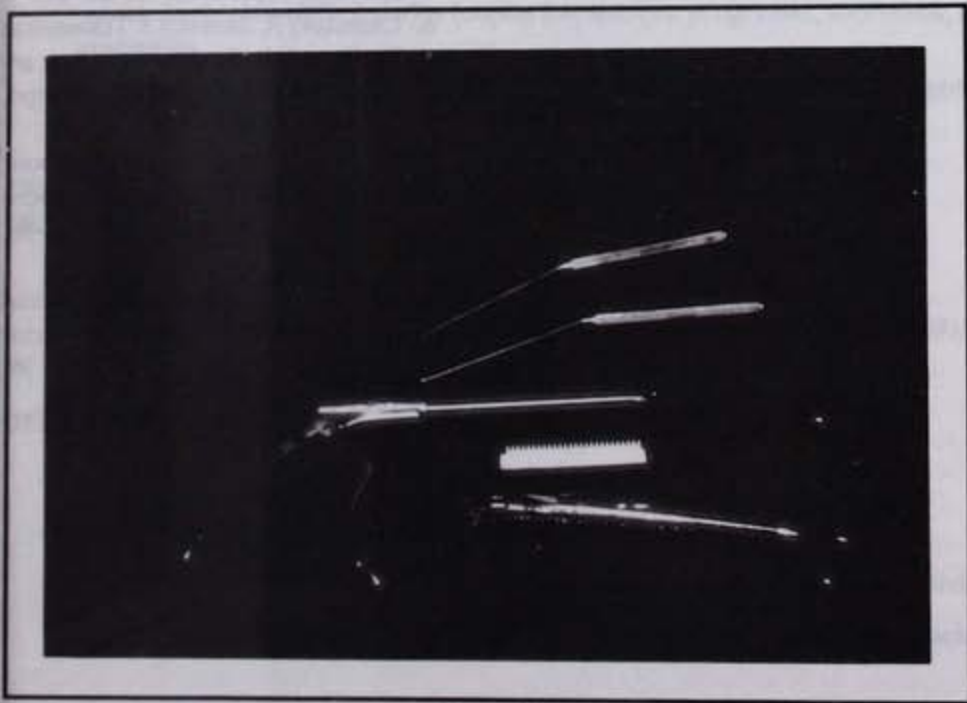
**Figura 4**

Anatomía quirúrgica y sitio de colocación de los clips vasculares de la arteria maxilar interna y sus ramas terminales en la fosa pterigomaxilar.



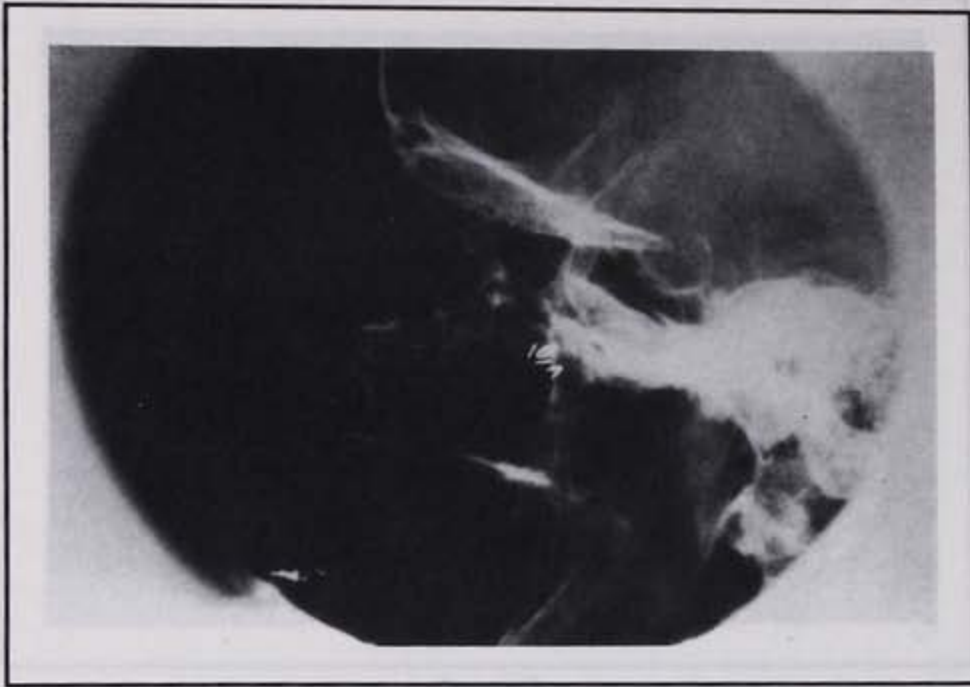
**Figura 5**

Abordaje trans-maxilar vía Caldwell-Luc con retractor autoestático de Robbet.



**Figura 6**

Instrumental microquirúrgico para ligadura en fosa pterigomaxilar.



**Figura 7**

Radiografía de control post-operatoria inmediata donde se puede apreciar la colocación de los clips vasculares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Osler W*: On a family form of recurring epistaxis, associated with multiple telangiectases of the skin and mucous membranes. *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 1901. 12, 333-37.
- 2.- *Hanes F. M.*: Multiple hereditary telangiectases causing hemorrhage (hereditary hemorrhagic telangiectasia). *Bull. Johns Hopkins Hosp* 1909. 20, 63-73.
- 3.- *Grobeisen B R, Sandoval G G*: Transantral ligation of the maxillary artery in severe posterior epistaxis. *The Annals, J. Med. Cen. del Oro Hosp.* 1980. 2,60-70.
- 4.- *Grobeisen B R*: Epistaxis posterior: tratamiento quirúrgico. *Anales médicos.* 1981. 26, 17-21.
- 5.- *Pearson B W, Mackenzie R G, Goodman W S.*: The anatomical basis of transantral ligation of the maxillary artery in severe epistaxis. *Laryngoscope.* 1969. 79, 969-84.
- 6.- *Chandler J R, Serrins A J*: Transantral ligation of the internal maxillary artery for epistaxis. *Laryngoscope,* 1965. 75, 1151-59.
- 7.- *Merland J J et al*: Place of embolization in the treatment of severe epistaxis. *Laryngoscope* 1980. 90, 1694.
- 8.- *Hicks J N, Vitek G*: Transarterial embolization to control posterior epistaxis. *Laryngoscope.* 1989. 99, 1027-29.



# CONSEJO MEXICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, A.C.

## CONVOCATORIA.

Para examen de certificación 11, 12 y 13 de febrero de 1991.  
Sedes: México, D.F. y Guadalajara, Jal.

### METODO Y TRAMITE PARA OBTENER LA CERTIFICACION:

- 1.- Enviar solicitud a las oficinas del Consejo.
- 2.- Entregar documentación y la cantidad de \$ 70,000.00. Límite: Noviembre 15 de 1990.
- 3.- Revisión de documentos.
- 4.- Recibir información del Secretario del Consejo.
- 5.- Presentar examen de conocimientos en aspectos teóricos-prácticos.
- 6.- Acredita No acredita.
- 7.- Entrega de certificación en Sesión de Negocios.

### BASES:

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

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

### INSTRUCTIVO PARA OBTENER LA CERTIFICACION: DEL SOLICITANTE:

- 1.- Cumplir los requisitos académicos y éticos.
- 2.- Solicitud por escrito del examen de certificación y cubrir la cuota de \$ 280,000.00 (ya aceptada la documentación).
- 3.- Presentar el examen de certificación.

### DEL EXAMEN:

- 1.- Se llevará a efecto los días 11, 12 y 13 de febrero de 1991 a las 8:00 A.M.
- 2.- Tendrá dos aspectos, uno escrito y otro clínico.
- 3.- El escrito consistirá en resolver un cuestionario de selección múltiple, aprobado por el Consejo.  
El clínico, en la discusión de un enfermo otorrinolaringológico, en presencia de un Jurado.

### LA JUNTA DE GOBIERNO

Tel. 669-3499 18:00 a 20:00 Hrs. Eugenia 13-403. Col. Nápoles. México, D.F. C.P. 03810

## Notas e informaciones

### REUNION DE LA ACADEMIA AMERICANA

El presente año la reunión de la Academia Americana de Otorrinolaringología se realizará en la ciudad de San Diego del 9 al 13 de septiembre, se pueden solicitar informes: American Academy of Otolaryngology, One Prince Street, Alexandria, VA 22314.

### CONGRESO NACIONAL SOCCCNAC.

La Federación de Sociedades y Colegios de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de la República Mexicana A.C., realiza su XII Congreso Nacional del 1o. al 5 de octubre de 1990 en la ciudad de Monterrey, bajo la presidencia del Dr. Sergio Decanini Tornessi, el Congreso está estructurado con un curso pre-congreso dedicado a la cirugía rinológica cuyo titular es el Dr. Roberto Dávalos Valenzuela, un curso de disección de hueso temporal cuyo titular es el Dr. Pelayo Villar Puig. El Congreso Nacional lo han denominado "Nuevas dimensiones de la otorrinolaringología en el diagnóstico y tratamiento de tumores de cabeza y cuello" siendo los profesores del

curso los Dres: Johnn Batsakis, Helmut Goepfert, Mario A. Luna, Alberto Ayala y Jesús Medina del M.D. Anderson Hospital and Tumor Institute University of Texas y de la University of Oklahoma. Además se tiene una hora diaria dedicada a la otología con el Dr. Edgar Chiossone y una hora de cirugía de cabeza y cuello con el Dr. Anthony Maniglia, asistirán también los Dres: Vernon Gray, Jorge de Cárdenas y Miguel Barrón como profesores extranjeros; habrá 16 minicursos con profesores extranjeros y mexicanos con temas selectos en otorrinolaringología.

24 profesores nacionales completan esta impresionante lista de participantes en este magnífico evento, ya que tiene como propósito el de hacer llegar a todos sus participantes de los adelantos tecnológicos en el diagnóstico y tratamientos de las diversas patologías de nuestra especialidad. Se cuenta con el apoyo del Gobierno del Estado, de la Presidencia Municipal y la participación de la Facultad de Medicina, de los diferentes centros hospitalarios y de la industria, laboratorios médicos y casas comerciales y sobre todo del gran entusiasmo del comité organizador encabezado por el Dr. Sergio Decanini.

### CONGRESO PANAMERICANO

El XXII Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello se efectuará del 1o al 5 de diciembre de 1990 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina bajo la Presidencia del Dr. Eugenio Romero-Díaz, el éxito del congreso dependerá en gran parte de la participación de todos nosotros. Para mayores informes favor de contactar con el Dr. Alejandro Terzian, Secretario General de dicho evento a:

Congreso Panamericano de ORL  
Delfino Turismo S.R.L.  
San Martín 427 (1004)  
Buenos Aires

### XX CONGRESO INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA.

La Sociedad Internacional de Audiología celebrará su XX Congreso Internacional en Tenerife, Islas Canarias, España del 14 al 18 de octubre de 1990, con temas centrales en la patología de la audición binaural, la actuación precoz ante niños con defectos de audición y audifonos: procesamiento de la señal.

**Informes:**

Dr. José Barajas Prat  
C/Pérez de Rozas, 8  
38004 Santa Cruz Tenerife  
Islas Canarias, España.

### CURSOS EN ESPAÑA

Nos anuncian los siguientes cursos: en el mes de noviembre el XVII Curso de Disección y Microcirugía de los Senos Paranasales dirigido por el Dr. F. Bagatella (Ferrara, Italia), es un curso de disección y microcirugía del macizo rinosinusal, con especial atención en la anatomía quirúrgica, se apoyará con películas, videos y conferencias. También en Barcelona y del 5 al 10 de noviembre se realizará el XLII Curso de Microcirugía del Oído y Disección del Hueso Temporal. Para ambos cursos:

**Informes:**

Instituto de Otología García-Ibáñez  
C/ Dr. Roux, 91 bajos  
08017 Barcelona, España.

### CIRUGIA NASAL. CLINICA MAYO

La Clínica Mayo anuncia un coloquio sobre cirugía cosmética y funcional de la nariz dirigida por los Dres. G.W. Facer y E.B. Kern y como profesores invitados los Dres. Morey Parkes (Los Angeles), Vernon Gray (Hawaii) y de Fausto López Infante (miembro de nuestra Sociedad), en cooperación con la Sociedad Americana de Rinología. Se realizará los días 28 y 29 de septiembre del presente año y seguramente el Dr. López Infante podrá proporcionarle mayor información.

### CONGRESO DE RINOLOGIA

La Sociedad Mexicana de Rinología y Cirugía Facial, anuncia su 2a. reunión anual en el Pto. de Acapulco del 17 al 20 de noviembre en el Hotel Hyatt-Regency, el programa preliminar incluye: cirugía rinológica y facial, cirugía de los senos paranasales, mesas redondas y trabajos libres., el coordinador de la reunión es el Dr. Fausto López Infante.

**Informes e inscripciones:**

Eugenia 13-403  
Col. Nápoles  
03810 México D.F.

### CONGRESO NACIONAL

El XLI Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello se celebrará en Ixtapa-Zihuatanejo del 29 al 3 de mayo de 1991, el curso pre-congreso versará sobre Cirugía Facial por el Dr. Frank Kamer, Peeling y Dermoabrasión por el Dr. Enrique Hernández Pérez y Cirugía Endoscópica de Senos Paranasales por el Dr. H. Stammberger, durante el congreso participarán también los Dres: Bayron Bailey con Cirugía de la Laringe, el Dr. Charles Cummings con Cirugía de Cabeza y Cuello y el Dr. Ivo Janecka con Cirugía de Base de Cráneo.

**Informes:**

SMORLYCCC  
Eugenia 13-403  
03810 México D.F.  
Tel 543 9363

# **XII CONGRESO NACIONAL DE LA FEDERACION DE SOCIEDADES Y COLEGIOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

**1º al 15 de octubre de 1990  
MONTERREY, NUEVO LEON**

## **Profesores Invitados Extranjeros:**

**Dr. John Batsakis  
Dr. Helmuth Goepfert  
Dr. Alberto Ayala  
Dr. Armando Luna  
Dr. Jesús E. Medina  
Dr. Edgar Chiossone  
Dr. Anthony Maniglia  
Dr. Jorge de Cárdenas  
Dr. Miguel Barrón**

**24 profesores nacionales invitados**

**Informes: Dr. Sergio Decanini  
Aldama 415 Sur  
64000 Monterrey, N.L.  
México.**

# INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

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

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

3.- El manuscrito estará escrito en máquina a doble espacio y con márgenes de 2.5 cm como mínimo en todos sus lados, cada una de las secciones del artículo deberán de iniciarse en página diferente y cada una de ellas deberá estar numerada en el ángulo superior derecho. El orden será el siguiente: página del título, resumen en español, resumen en inglés, texto, agradecimientos, referencias, tablas (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 o referencias, cuadro o ilustraciones. El mismo es conveniente que traduzca al inglés. En esta misma página deberán venir 4 o 5 palabras claves sobre el contenido del artículo.

6.- Texto: La mayoría de los trabajos deberán venir divididos en las secciones de introducción, material y métodos, resultados y discusión. En la introducción escriba claramente los objetivos y 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 relación-

los con los de otros autores. Establezca 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, Osorno VA, Espinosa RJ  
Anomalías anatómicas del golfo de la yugular en el oído medio. Anal Soc. Mex. ORL 1983;28: 113-118.

Ejemplos de libros:

Un solo autor:

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

Capítulo de un libro:

Shulman, J.B. Traumatic diseases of the ear and temporal bone. En: Goodhill V., Ed. *Eardiseases. deafness*, Hnagers town: Harper and 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 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 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

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 un año (4 números)

México . . . . . \$190,000 M.N.

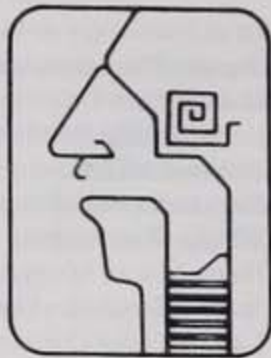
América, España y Portugal . . \$135.00 Dls. USA

Otros países . . . . . \$135.00 Dls. USA

# CONSEJO MEXICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, A.C.

## LISTA DE MEDICOS QUE APROBARON EL EXAMEN DE 1990.

- 1.- Acosta Domínguez Amelia M.
- 2.- Aguirre Castillo Luz Ma.
- 3.- Aguirre Mariscal Héctor
- 4.- Avelar Morales Jose Jesús
- 5.- Balderrama Sánchez Jose Antonio
- 6.- Beltrán Rodríguez Cabo Olga
- 7.- Campos Navarro Luz Arcelia
- 8.- Chávez Martínez Pedro
- 9.- Desentis Vargas Eduardo G.
- 10.- Díaz Mirón Rodríguez Enrique
- 11.- Elizondo Tijerina Viviano
- 13.- Fregoso Hernández Ma. Celia
- 14.- Fuentes Cienfuegos Alejandro
- 15.- García Pérez Luis
- 16.- Heredia Garza Rubén Guadalupe
- 17.- Hernández Godoy Jorge S.
- 18.- Hernández Mendiola Francisco
- 19.- Hidalgo Rea Antonio
- 20.- Ibarra Macari Margarita
- 21.- Jurado Hernández Silvio
- 22.- Lux Meléndez Cristián
- 23.- Martínez Luengas Carlos Javier
- 24.- Martínez Sánchez Glenn Raúl
- 25.- Medrano Tinoco Luz Ma. Del C.
- 26.- Mena Ayala Julio Cesar
- 27.- Monreal Martínez Juan Angel
- 28.- Morales Arango Gerónimo R.
- 29.- Moreno Samperio Alberto E.
- 30.- Obregón Mimbela Jaime
- 31.- Pérez Peña Francisco Javier
- 32.- Ponce Vázquez Silvia H.
- 33.- Ponce Zaleta Emilio
- 34.- Quezada González Fernando
- 35.- Ramírez García Gustavo
- 36.- Ramírez Rivera Juan Carlos
- 37.- Rodríguez Linares Elías Amado
- 38.- Saldaña García Micaela
- 39.- Sánchez Alemán Abelardo
- 40.- Treviño González José Luis
- 41.- Valdés Bravo José Luis
- 42.- Valdés Croda Oscar Adrián
- 43.- Velázquez Morales Oswaldo D.



**ANUNCIESE EN LA REVISTA  
ANALES DE LA SOCIEDAD  
MEXICANA DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA**

Atentamente  
Gerente General  
Lic. Joaquín Bohigas  
Tel. 5439363



## 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 de 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

## DIRECTORIO DE COLABORADORES

AMERICAN OVERSEAS  
TRADING

ASTRA

BEECHAM

CIBA

DEWIMED, S.A.

FARMITALIA

GLAXO

GRUPO ROUSSEL

HUERTA MEDICA

JANSSEN

JAPO-MEX

LEPETIT

MANUFACTURAS

DOMINGO

PROMEKO

RESONANCIA MAGNETICA

CLINICA LONDRES

S.A. DE C.V.

RHONE-POULENC

SANDOZ

SHERAMEX

SYNTEX

UPJOHN

Audiometría

Penglobe Bricanyl

Augmentin

Cataflan DD

Instrumental para  
Microcirugía y equipo Médico

Kelfripim

Beconase Ceporex Zinnat

Cervilan

Aparatos auditivos y material  
quirúrgico

Hismanal, Stugeron Retard

Equipos dentales y unidades  
de otorrinolaringología

Teldame

Medicon Instrumente

Lonol oral

Resonancia Magnética un  
diagnóstico preciso

Keduril

Hydergina

Clarityne

Flanax, Febrax

Ansaid Dalacin-C



## CLARITYNE<sup>®</sup> LORATADINA

Tabletas. Antihistamínico no sedante, de acción prolongada.

**INFORMACION MINIMA PARA PRESCRIBIR DESCRIPCION.** Cada Tableta de CLARITYNE contiene 10 mg de loratadina micronizada y almidón, lactosa y estearato de magnesio como ingredientes inactivos. **ACCIONES:** Loratadina es un antihistamínico tricíclico, de acción prolongada, con actividad selectiva, antagonista a los receptores H<sub>1</sub> 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 antihistamínicos pueden impedir o disminuir las reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica. **REACCIONES ADVERSAS:** Fatiga, sedación, dolor de cabeza y sequedad de boca fueron comunicadas ocasionalmente. **CONTRAINDICACIONES:** CLARITYNE Tabletas está contraindicado en pacientes que han demostrado hipersensibilidad a sus componentes y en niños menores de 6 años. **PRECAUCIONES:** Aún no se ha establecido la seguridad y eficacia de CLARITYNE Tabletas en niños menores de 6 años. **USO DURANTE EL EMBARAZO Y EN MADRES LACTANTES:** No se ha establecido si el uso de CLARITYNE Tabletas puede acarrear peligros durante el embarazo. Por lo tanto el compuesto debe usarse solamente si los beneficios potenciales para la madre justifican el riesgo potencial para el feto. **PRESENTACION:** CLARITYNE TABLETAS: Caja con 10 tabletas de 10 mg. Almacénese entre 2° y 30°C.

### Bibliografía:

1. Datos en los archivos, Schering International, Kenilworth, N.J. 2. Howarth PH, Emanuel MB, Holgate ST: Astemizole, a potent histamine H<sub>1</sub> 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

**Schering**  
S.A. DE C.V.

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

Are-19388-CLÉ



# **El antihistamínico no sedante más rápido**

## **El alivio comienza en 30 minutos**

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

## **Alivio con administración una vez al día**

## **Alivio sin sedación**

## **Sin interacción con alimentos**

**NUEVO**  
**ANTI-HISTAMINICO NO-SEDANTE**  
**CLARITYNE**<sup>®</sup>  
**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.



# MAS EXITOS CLINICOS EN EL INCIERTO MUNDO ACTUAL DE LAS INFECCIONES

*Elevadas tasas de éxito clínico, en un amplio rango de infecciones*

- ▲ Infecciones respiratorias en pediatría **95%**<sup>1,5</sup>
- ▲ Infecciones respiratorias en adultos **93%**<sup>2</sup>
- ▲ Infecciones del tracto urinario **98%**<sup>3</sup>

La prescripción de 'Augmentin', el primer Clavulanato y primer antibiótico oral de 'amplio espectro' para destruir los microorganismos productores de betalactamasas, lo pone un paso adelante de la bacteria

Por su singular mecanismo de acción, **Augmentin** elimina más cepas de bacterias que cualquier otro 'antibiótico de amplio espectro', proporcionando más éxitos clínicos, como primera elección, en más pacientes<sup>4</sup>

La comprobada eficacia clínica, aunada a la buena tolerancia y a su cómodo esquema posológico, convierten a **Augmentin** en su lógica elección para tratar con éxito las infecciones de la actualidad

Dosis usual: Una tableta o una cucharadita de 5 ml de suspensión cada 8 horas, administradas conjuntamente con los alimentos

# AUGMENTIN\*

(Clavulanato de Potasio/Amoxicilina)

**MAS EXITOS CLINICOS**

**CUANDO USTED LOS NECESITA... CON SU PRIMERA RECETA**

#### BIBLIOGRAFIA

1. Sáenz, C. "Evaluación de Augmentin en el Tratamiento de Infecciones Bacterianas en Pacientes Pediátricos". Invest. Médica Internacional (1983) 10, pp. 43-48.
2. Flores, R.G. "Evaluación de Augmentin en el Tratamiento de Pacientes Adultos con Infecciones Bacterianas". Invest. Médica Internacional (1983) 10, p.p. 261-263.
3. Ruiz, J.O. "Tratamiento de Infecciones de Vías Respiratorias, Urinarias y Tejidos Blandos con Augmentin". Invest. Médica Internacional (1983) 10, p.p. 254-259.
4. Neu, H.C. "Beta-Lactamases: A Perspective on the Contribution of these Enzymes to Bacterial Resistance". Proceedings of Symposium; Progress and Perspectives on Beta-Lactamase Inhibition: A review of Augmentin (amoxycillin plus potassium clavulanate) p.p. 7-21, Postgrad. Med. - Custom Communications, McGraw-Hill, September 1984.
5. Bluestone, Ch. D. "Augmentin Therapy for Acute Otitis Media in Children:" Summary of Presentation from four Clinical Trials. Postgraduate Med. Custom Communications, Sep/Oct. 1984.

\* Marca Registrada Regs. Nos. 068M82 y 079M84 S.S.A.  
© 1989, Beecham

Literatura exclusiva para médicos  
Su venta requiere receta médica  
i. Med. PEE-771j

**Beecham**

farmacéutica, s.a. de c.v.  
Miguel Angel de Quevedo No. 307,  
Coyoacán, 04310 México, D.F.

## Cápsulas, tabletas y suspensión

### Antibiótico bactericida de amplio espectro

**FORMULA:** Cada CAPSULA contiene: Cefalexina Glaxo, 250 y 500 mg. **SUSPENSIÓN:** Cada 5 ml contiene: Cefalexina Glaxo, 125 y 250 mg. Cada TABLETA contiene Cefalexina Glaxo, 1 g. **INDICACIONES:** Ceporex es un antibiótico bactericida del grupo de las Cefalosporinas, actúa contra una amplia gama de gérmenes Gram positivos y Gram negativos. Está indicado en el manejo de las siguientes infecciones, cuando sean causadas por gérmenes susceptibles: infecciones del tracto respiratorio, infecciones de vía urinaria, infecciones gastrointestinales y otológicas, infecciones de piel y tejidos blandos, infecciones del hueso, articulaciones y ginecología, infecciones dentales. **ESPECTRO ANTIBACTERIANO:** CEPOREX actúa contra una amplia variedad de bacterias grampositivas y gramnegativas. Tanto las cepas de enterococos productores de penicilinas como las no productoras de penicilinas son susceptibles, sin embargo, las cepas metilicinasasistentes, raramente encontradas, habitualmente no son sensibles. CEPOREX es más activo contra *Streptococcus pyogenes*, *Diphtheria pneumoniae*, *Corynebacterium diphtheriae* y *Streptococcus viridans*. La sensibilidad del *Strep faecalis* es muy variable. La *Neisseria gonorrhoeae* y *N. meningitidis* son altamente sensibles. Las bacterias patógenas comunes gramnegativas son sensibles, incluyendo la mayoría de las cepas de *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* y muchas cepas de *Haemophilus influenzae*. La *Salmonella* y la *Shigella spp.* son también sensibles. La cefalexina es poco activa contra *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris* o *Aerobacter aerogenes*. No presenta actividad contra *Pseudomonas aeruginosa* (*Pseudomonas*) y *Acinetobacter*. **DOSIFICACION ADULTOS:** La mayoría de las infecciones responden a la dosis de 1 g dos veces dividida en 2 a 4 tomas. Para infecciones graves o profundas, la dosis puede aumentarse a 1 g tres veces al día, o bien 1.5 g cuatro veces al día. Niños: 1 g dos veces al día. **NIÑOS:** 2 g y 1 g de Probenesol. **MUJERES:** 2 g y 0.5 g de Probenesol. **NIÑOS:** 25-50 mg/kg/día, aumentando hasta 100 mg/kg/día en casos graves, sin sobrepasar 4 g al día se recomienda el siguiente esquema: 0-3 meses - 40-5-120 mg dos veces al día; 4 meses-1 año - 125-250 mg dos veces al día; 1-2 años - 250-500 mg; 3-6 años - 500-750 mg; 7-12 años - 750-1000 mg; 13 años y más - 1 g dos veces al día. Para la mayoría de las infecciones agudas, el tratamiento debe continuarse hasta dos días después de que la bacteriología ha desaparecido. En infecciones crónicas complicadas de vía urinaria y otras se recomienda continuar con el tratamiento durante dos semanas. En pacientes con insuficiencia renal la dosis máxima recomendada (adulta) es 1 g/día y niños 4 g/día, se deberá reducir proporcionalmente. Pacientes adultos bajo diálisis deberán recibir 500 mg de Ceporex adicionales después de la diálisis y en el caso de niños, 2 mg/kg. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a las cefalosporinas. **PRECAUCIONES:** La experiencia clínica no ha demostrado teratogenicidad por Ceporex, sin embargo, al igual que con todos los medicamentos, se aconseja durante el primer trimestre del embarazo ser delgado con precaución. En los pacientes tratados con Ceporex, puede ocurrir una reacción falsa positiva para el glucosa en la orina, con la acción Benedict y Fehling, o con tabletas Clinitest, pero no con las pruebas espectrofotométricas. Una vez requerida la suspensión, conviene su preparación durante 1 día a una temperatura menor de 30°C y durante 14 días debajo de 30°C (no se debe congelar). **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Una pequeña proporción de los pacientes que reciben cefalexina pueden experimentar trastornos gastrointestinales, tales como náuseas, vómitos, diarrea, eritema o rinitis abdominal generalizada. Como con todos los antibióticos de amplio espectro, puede aparecer superinfección (algunas veces mortales) y en la orina superinfección. Raramente ha ocurrido neofalangitis tenositis en algunos pacientes. Sin peso corporal los eritemas generalizados, urticaria o eritema multiforme generalizado, pero en pacientes alérgicos a las penicilinas se puede desarrollar completamente una reacción cruzada. **SOMNOLENCIA:** Los niveles de cefalexina se pueden reducir por medio de diálisis. **PRESENTACIONES:** Ceporex Cápsulas, Ceporex 12 cápsulas de 250 mg o 500 mg, Ceporex Suspensión. Frascos de 100 ml con 125 y 250 mg por 5 ml. Ceporex Tabletas, Caja con 6 tabletas de 1 gramo.

# Resultados desde la primera toma. Recuperación más rápida.



## Beneficios del tratamiento de las infecciones comunes.

# CEPOREX

Cefalexina, Glaxo

Ceporex es marca registrada. Su venta requiere receta médica. No se debe el uso de este fármaco. Literatura exclusiva para médicos. Paga. No. 1430. 7500/11100. S.S.A. 1. Med. 90-1014.

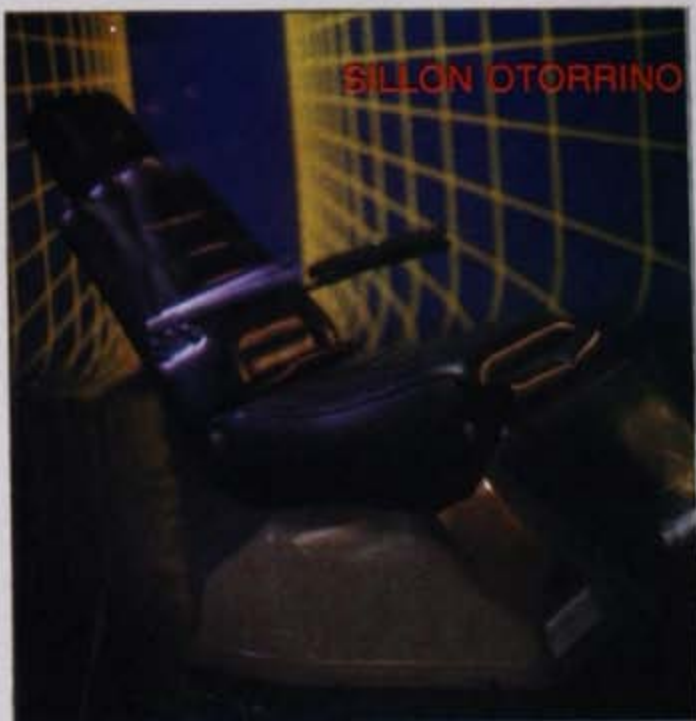
Glaxo de México, S.A. de C.V.  
Carretera 100, Col. Granjas Esmeralda  
04510 México, D.F.  
Glaxo Holdings, I.M.  
Londres, Inglaterra



**Glaxo** Pionero en Penicilinas;  
Lider en Cefalosporinas



**JAPO-MEX. OFRECE AL OTORRINO SUS PRODUCTOS  
CON GARANTIA POR ESCRITO,  
CONTAMOS CON SISTEMA DE FINANCIAMIENTO**



**SILLÓN OTORRINO**

- Hidráulico de pedal o eléctrico de 2 o 5 movimientos
- Descansa pies abatible
- Piesera abatible
- Coderá abatible
- Respaldo abatible
- Adopte la posición total (cama)
- Asiento giratorio 360° con freno
- Largo total en posición tipo cama 180 cms



**UNIDADES DE OTORRINO**

- Motocompresor silencioso
- Apagador
- Foco Indicador
- Fusible de protección
- Manómetro
- Negatoscopio
- Filtro de Aire Entrada y Salida
- Manguera de Succión
- Manguera de Aspersión
- Frasco de desechos
- Cajones de fino acabado
- Frascos de Vidrio para tinturas
- Frasco de Vibiss para aplicación de sustancias por aspersión
- Contacto de 127 Volts
- Toallero Cromado

Diferentes Modelos



**ESTERILIZADOR**

Dos focos piloto. Aditamento para sacar charolas calientes. Temperatura máxima: 230°C. Termostato: 50-300°C. Calefacción: 550 W, 115 V, 50/60 Hz. Timer: 0-60 minutos. Peso: 11,300 kgs.

**MICRO MOTOR**

De alta precisión  
Velocidad regulable, de 1,500 a 30,000 RPM. Alto torque, rotación en ambos sentidos, pieza de mano recta que recibe todo tipo de fresas, incluye pedal de control. Esterilizable con gas o químicos

Eze-Cut 500



DISTRIBUCION, SERVICIO Y REFACCIONES

**EQUIPOS DENTALES JAPO-MEX.**



INSURGENTES No. 753-202 TORRE DORADA DELEGACION BENITO JUAREZ COL. NAPOLES  
03810 MEXICO, D.F. TELS. 523-98-34 523-19-24 543-89-23 523-03-59

**JAPO-MEX**



De la investigación **GLAXO**



Respuesta actual a la **SINUSITIS** de hoy



# **Zinnat**

Acetoxietil Cefuroxima  
**2 VECES AL DIA**

**El primer monofármaco oral estable a beta-lactamasas**

- Verdadero amplio espectro que comprende los gérmenes causales más comunes de la sinusitis<sup>1</sup>:
  - *Branhamella catarrhalis*
  - *Staphylococcus coagulasa positiva*
  - *Haemophilus influenzae*
  - *Streptococcus pyogenes*
- Actividad antimicrobiana "in vitro" que supera a la de otros antibióticos orales<sup>2</sup>
- Más rápida resolución de los síntomas de la sinusitis que la obtenida con amoxicilina + ácido clavulánico<sup>3</sup>
- La habitual tolerancia y seguridad de los beta-lactámicos<sup>4</sup>
- Posología sencilla, cómoda y fácil de recordar:

**1 tableta con el desayuno y 1 con la cena**

1. Pivetti, J y Grupo de Estudio Español: Estudio multicéntrico de la actividad "in vitro" de cefuroxima comparada con otros antimicrobianos en aislados de origen extrahospitalario. *Rev. Esp. Quimioter.* (en prensa).

2. Data on file, Microbiology Division, Glaxo Group Research.

3. Roggi, J, Durand, B, Pappas, M. Traitement des infections ORL par le cefuroxime-axetil. Etude comparative avec l'association amoxicilline/ácido clavulanique en médecine pratiquante spécialisée. *J. Français d'oto-rhino-laryng. Vol. 36, No. 3, Mars, 1989.*

4. Carbon, C. et al. Estudio de la tolerancia de un nuevo antibiótico por la cubierta de farmacovigilancia. *Thésis 43 (4 Suppl.) 369-372 (1986).*

1.986 - 212.0256.72


**Glaxo**

Pionero en Penicilinas  
Líder en Cefalosporinas

# KELFIPRIM\*

SULFAMETOPIRAZINA + TRIMETOPRIM Cápsulas

*la sulfa hace  
la diferencia...*

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT  
MONTEDISON AL CUIDADO DE LA SALUD

Av. Miguel Ángel de Quevedo No. 500. Cda. Romero de Tenebrón  
Delgado Cuauhtémoc 04310 México, D.F.  
Reg. No. 006346 S. S. A.



# Cervilan®

lomofilina + dihidroergocristina

#### PRESENTACION Y FORMULA:

Caja con 30 grageas en envase de burbuja.  
Cada gragea contiene:  
Lomofilina 80,0 mg  
Dihidroergocristina (en forma de mesilato) 00,8 mg  
Excipiente c. b. p. 1 gragea

#### INDICACIONES:

En el vértigo de origen vascular, así como:  
- Síndrome de Ménière  
- Laberintitis aguda  
- Vértigo posicional agudo  
- Vértigo por hiperventilación  
- Vértigo posttraumático  
- Síndrome neurosensorial por insuficiencia vertebral

#### DOSES, VIA DE ADMINISTRACION Y MODO DE EMPLEO:

Dosis: 3 grageas al día.  
Via de administración: Oral.  
Modo de empleo: De preferencia durante las comidas.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES:

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

#### CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.  
Hipotensión arterial severa, psicosis aguda, daño hepático o renal, bradicardia, alergia a los alcaloides de Cornezuelo, pacientes con coronariopatías, primer trimestre del embarazo.

#### INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

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

#### PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:

A pesar de no haber evidencia de la teratogenicidad, no debe indicarse en la mujer embarazada o lactando.

Aun cuando Cervilan® demostró durante la experimentación preclínica, propiedad antihipertensiva, no debe indicarse como sustituto en hipertensión arterial.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. Dr. A. Checoury-Henneton: Bilan d'une étude sur 5.857 patients traités par Cervilan durant 18 semaines. Concours Medical du 15 Novembre 1980.
2. Pr. Bordes: Etude en double insu Cervilan contre Cinarizine 75 mg. Gazette Medicale de France, Tome 88, No. 18 du 15.5.81.
3. Dr. B. Poletto, O. Mantel: Etude en double insu et permutation croisée en pharmacologie clinique comparative entre Cinarizine et una association de lomofilina et de DHEC. La Vie Medicale du 3 Juillet 1980.

#### Marca Registrada

Su venta requiere receta médica.  
No se debe al alcance de los niños.  
Literatura exclusiva para médicos.  
Reg. No. 0281 M. 80 S.S.A.

Ref. Méd. 350-88  
I. 9882 NCE 550J

**Nuevo**

## antivértiginoso del insuficiente cerebro-vascular



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

**ROUSSEL**

ROUSSEL, S.A. D.C.V.  
C/ UNIVERSIDAD No. 1738  
03000 MADRID, S.F.

**INFORMACION PARA PRESCRIBIR**

**I. INDICACIONES**

Condiciones alérgicas medidas por Histamina que requieren acción desconvectiva agregada.

Alivio sintomático de la congestión asociada con alteraciones de las vías respiratorias superiores donde se requiere acción bloqueante de los receptores histamínicos periféricos (H1).

**II. CONTRAINDICACIONES**

Pacientes con hipersensibilidad conocida a la telmisartán o pseudoefedrina. Pacientes con hipertensión arterial severa o enfermedad coronaria grave y pacientes que estén o hayan estado en tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) durante los últimos 14 días. La pseudoefedrina está contraindicada en madres lactantes debido a su mayor riesgo de las aminoras simpaticomiméticas en los recién nacidos. Niños menores de 12 años.

**III. USO EN EL EMBARAZO Y DURANTE LA LACTANCIA**

Estudios de reproducción realizados con Telmisartán en ratas y conejos, no se han demostrado efectos teratogénicos. No obstante, y al igual que la mayoría de las drogas, la Telmisartán no debe ser administrada durante el embarazo ni a madres lactantes a menos que, a juicio del profesional, los beneficios potenciales superen los riesgos posibles.

**IV. PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS**

TELDANE-D® debe utilizarse con cuidado en los pacientes con hipertensión arterial leve o moderada, diabetes mellitus, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, o hipertrofia.

**V. INTERACCIONES**

No se ha informado interacción alguna entre la telmisartán y otros fármacos. Estudios especiales no han mostrado interacción medicamentosa entre telmisartán y alcohol si se desprecia.

Los inhibidores de la MAO, los simpaticomiméticos y los bloqueantes betaadrenérgicos pueden incrementar los efectos presores de la pseudoefedrina.

**VI. REACCIONES ADVERSAS**

Sonolencia, cefalea, trastorno gastrointestinal, fatiga, mareo, boca seca y erupción cutánea o picazón. (La incidencia de sonolencia con la terapia antihistamínica estándar fue el doble que aquella reportada con placebo o telmisartán.)

Se ha reportado algunos casos de hipersensibilidad y reacciones por idiosincrasia (por ej.: rash cutáneo) por Telmisartán.

Después de la comercialización de TELDANE® se han recibido informes espontáneos de otros efectos secundarios; su relación a la telmisartán o no ha sido demostrada. Estos efectos son: alopecia, ansiedad, arritmias, brucismo, confusión, convulsiones, depresión, distonías hepáticas (incluyendo elevación de transaminasas), dolor musculoesquelético, intolerancia, disminución de la frecuencia urinaria, galactosemia, hipotensión, incontinencia, prolapso del intervalo Q-T, palpitations, parosmia, pesadillas, trastornos menstruales, sudoración, síncope, taquicardia, temblores y trastornos visuales.

Pseudoefedrina: Individuos hipersensibles pueden mostrar síntomas semejantes a una reacción a la adrenalina tales como: taquicardia, palpitaciones, cefalea, mareos o náuseas.

Los simpaticomiméticos han sido asociados con ciertos efectos adversos: temor, ansiedad, inquietud, temblor, debilidad, palidez, dificultad respiratoria, diarrea, isquemia, alucinaciones, convulsiones, depresión del sistema nervioso central, arritmias y colapso cardiovascular con hipotensión.

**VII. FORMULA**

Cada comprimido contiene:

Telmisartán	60 mg
Pseudoefedrina clorhidrato	120 mg

**VIII. DOSIFICACION Y ADMINISTRACION**

La dosis para adultos y niños mayores de 12 años es 1 comprimido dos veces al día.

**IX. SOBREDOSIFICACION**

Telmisartán: Se han reportado algunos casos de sobredosificación. Generalmente, hubo ausencia de síntomas o fueron muy leves (ej.: cefalea, náuseas, confusión). No obstante se ha reportado un caso de arritmia ventricular severa 15 horas después de haber ingerido 56 comprimidos de TELDANE® (3360 mg) más 14 cápsulas de Cefalexina (7000 mg) y 2 comprimidos de Ibuprofeno (1200 mg). El caso progresó a una fibrilación ventricular que respondió muy bien al tratamiento de desfibrilación y lidocaina.

Por tal motivo, en caso de sobredosificación, se recomienda el monitoreo cardíaco por lo menos durante 24 horas al igual que el lavaje gástrico. Se desocupa en la telmisartán es dializable.

El tratamiento de los síntomas de la sobredosificación debe ser sintomático después de la etapa aguda.

La DL50 oral de telmisartán en ratas y ratones maduros es mayor de 5000 mg/kg. En ratas recién nacidas la DL50 fue de 438 mg/kg. En el hombre, la administración de dosis únicas varias veces mayor (600 mg) que la terapéutica han sido bien toleradas.

Pseudoefedrina: La sobredosis de la pseudoefedrina puede producir síntomas de estimulación del sistema nervioso central y efectos cardiovasculares variables. Las aminoras presoras deben ser usadas con mucho cuidado.

El tratamiento de la sobredosis consiste en inducir la emesis (jarabe de ipecaca), excepto en pacientes inconscientes, seguido de la administración de carbón activado para adsorber cualquier remanente de droga. Si no se logra provocar el vómito, o está contraindicado, se debe hacer lavaje gástrico con solución salina. Los catárticos salinos también se pueden usar para la rápida dilución del contenido intestinal.

El tratamiento de los síntomas y de soporte de la sobredosificación debe ser sintomático y de soporte, después de la etapa aguda.

La DL50 oral (Dosis Letal Mínima) para la d-pseudoefedrina, fue de 193 a 233 mg/kg en conejos y de 500 mg/kg.

**X. PRESENTACION**

Caja con 10 Tabletas.

Laboratorios Lapeti de México, S.A. de C.V.  
Bld. Cuernavaca-Cuatla km 4.8  
CTVAC Ed. de Mornia  
Reg. S.S.A. 076008 I.Méd. P.R. 1618/J.  
\* Marca registrada  
Literatura exclusiva para médicos.



**Referencias:**

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

**BECONASE**

(Dipropionato de Beclometasona)

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



**BECONASE**

Suspensión  
Aerosol con dosificador

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

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

**FÓRMULA:** Cada 100 g contiene:  
Dipropionato de beclometasona 0.143 g  
Vehículo, c.b.p. 100 g

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

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

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

**INDICACIONES:** BECONASE aerosol está indicado para el tratamiento y profilaxis de la rinitis alérgica estacional (fiebre del heno), rinitis perenne, y rinitis vasomotora inespecífica. Manejo clínico: El efecto terapéutico de BECONASE aerosol no es inmediato, la mejoría se obtiene utilizándolo regularmente y de manera continua. Esta condición deberá ser explicada al paciente con la finalidad de asegurar su cooperación en el tratamiento.

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

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

**CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad al dipropionato de beclometasona.

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

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

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

La administración total no debe excederse de 8 aplicaciones diarias.

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

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

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

Cada envase de BECONASE aerosol suministra 200 aplicaciones.

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

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

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

**FLANAX**

**FLANAX** Cápsulas Adulto e Infantil Suppositorio y Suspensión Infantil Antiférmico con efecto analgésico y antipirético. **FÓRMULA:** Cada cápsula ADULTO contiene Naproxeno 500mg (100 mg Excipiente, c.b.p.) y cada cápsula INFANTIL contiene Naproxeno 500mg (100 mg Excipiente, c.b.p.). Cada tableta de 100 mg de suspensión contiene Naproxeno 100mg (25 mg Excipiente, c.b.p.). Cada suspensión INFANTIL contiene Naproxeno 100mg (50 mg Excipiente, c.b.p.) y suppositorio DESCONCHADO, ACCION Y PROPIEDADES: El Naproxeno sódico, se un agente antiinflamatorio no esteroide con acción analgésica y antipirética, demostrado por Dornier. Este compuesto ha sido demostrado un efectivo alivio en humanos y en los modelos de experimentación en animales. Presenta un efecto antiinflamatorio con un mecanismo de acción que indica que su acción no está mediada por el sistema enzimático de la prostaglandina, lo que indica que su acción antiinflamatoria y antipirética no está mediada por la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. El Flanax no es un depresor del sistema nervioso central y no induce efectos sedantes. El Flanax no interfiere en el metabolismo de los fármacos. Presenta un efecto analgésico que persiste durante la administración oral. Debido a su absorción rápida y completa, se obtienen niveles significativos en plasma a inicio de la suspensión del dolor a los 30 minutos de su administración. Los niveles plasmáticos máximos después de una dosis son alcanzados en 1.5 a 2 horas, dependiendo de la dosis de consumo. Flanax tiene una vida media biológica de aproximadamente 13 horas. A niveles terapéuticos, Flanax se une en un 99% a la albúmina sérica. Aproximadamente el 99% de una dosis de naproxeno sódico se excretada en la orina como naproxeno sódico, 80-desaminopropano y sus conjugados. Se ha comprobado que la estabilidad de suspensión (suspensión) es comparable con la estabilidad de las formas sólidas. **INDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRAINDICACIONES:** Como antiinflamatorio asociado al tratamiento ANTIBIÓTICO específico de infecciones bacterianas. Infecciones de las vías respiratorias superiores como amigdalitis, faringitis, laringitis, epiglotitis y otitis. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como bronquitis aguda y bronquitis crónica. Infecciones de las vías respiratorias inferiores como sinusitis, otitis media y otitis externa purulenta y mucopolisípica, para uso en adultos, adolescentes, niños, niñas, niñas y niños. En cirugía y traumatología como analgésico después de traumatismos, fracturas, quemaduras, heridas, extracciones dentales, cirugía en general. Usos preventivos en el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis gotosa. **CONTRA**

# ¿Qué prefiere el paciente? ¿Y USTED?

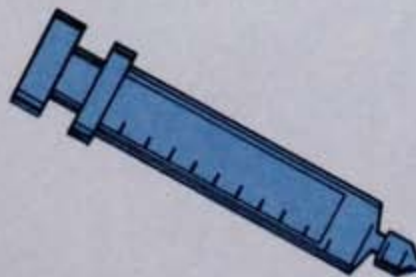


## Penglobe®

bacampicilina



=



**SINUSITIS  
AMIGDALITIS  
FARINGITIS  
BRONQUITIS**

**Eficacia con sólo 2 tomas al día**

Formula: Cada tableta contiene Clorhidrato de bacampicilina 400 mg. Precauciones: La administración de este medicamento durante el embarazo queda bajo la responsabilidad del médico. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a las penicilinas y a las cefalosporinas. Efectos 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. Indicaciones: Infecciones de las vías respiratorias altas, amigdalitis, otitis media, sinusitis. Vías respiratorias inferiores, bronquitis aguda, bronquitis crónica y neumonía. Infecciones del tracto urinario: cistitis, pielonefritis, bacteriuria asintomática, prostatitis, gonorrea. Infecciones gastrointestinales.

Investigación original de  
**ASTRA**  
MEXICO-SUECIA

Marca registrada. Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos. Reg. No. 80370 S.S.A. I.MED. - QDE-548/U

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

BIBLIOGRAFIA A SOLICITUD DEL MEDICO SU VENTA REQUIERE RECETA MEDICA  
LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS \* MARCA REGISTRADA  
KNA-TC-188 Med. OHE-1324/J Reg. No. 227M87 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, aztreonam, cefotaxima sódica, sulfato de gentamicina y tobramicina.

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

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

**DOSIS:** La que el médico señale.

**PRESENTACIONES:** DALACIN C: Cada cápsula contiene 150 mg. de clorhidrato menohidratado de clindamicina, blíster 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 ampolletas de 2 ml. y 4 ml.

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

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

\*MARCA REGISTRADA

Literatura exclusiva para médicos.  
Su venta requiere receta médica.

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

PRODUCTO DE

**Upjohn**

INVESTIGACION  
EN  
ANTIBIOTICOS

# Lonol\*<sup>oral</sup>

## nebulizador

**E**l primer antiinflamatorio oral que va directamente al punto de la inflamación y el dolor en boca y garganta.

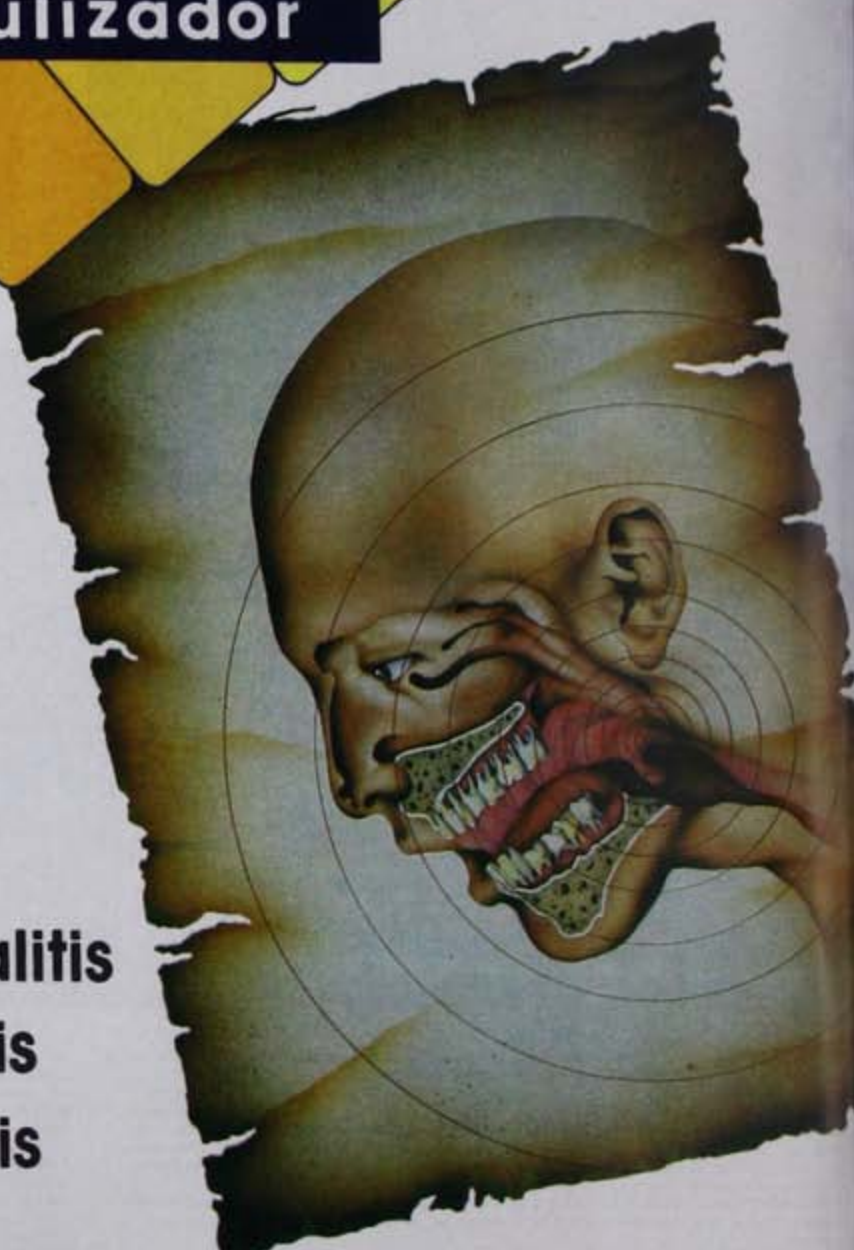
Amigdalitis  
Faringitis  
Laringitis

Fórmula: Cada 100 ml contienen: Clorhidrato de Bencidamina .... 0.15 g. Vehículo c.b.p. .... 100 ml. Indicaciones: Lonol\* nebulizador está indicado como auxiliar en todos aquellos casos que se acompañen de inflamación y dolor en la cavidad orofaríngea (intervenciones quirúrgicas, etc.), sobre todo en pacientes en los que resulte molesto o imposible el efectuar enjuagues bucales o gargarismos. Está indicado además en afecciones otorrinolaringológicas tales como amigdalitis, faringitis y laringitis; como coadyuvante en el tratamiento de quistes mandibulares, calculosis salival, etc. En cirugía, en pacientes amigdalectomizados o en pacientes que hayan sido sometidos a intubación endotraqueal. En afecciones odontoestomatológicas como gingivitis, glositis, estomatitis, aftas, paradontopatías. También está indicado como coadyuvante en el tratamiento odontológico de tipos conservador y extractivo, cuando el caso lo requiera. Contraindicaciones: No debe aplicarse en personas sensibles al clorhidrato de bencidamina. Dosificación: Cuatro nebulizaciones por vez, 4 a 6 veces al día. Reacciones secundarias: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. Presentación: Frasco con 30 ml.

Reg. No. 184M89 S.S.A.  
\* Marca Reg.  
I. Méd. QEE - 821J  
Literatura exclusiva para médicos.  
Su venta requiere receta médica.



Hecho en México por  
PROMECO, S.A. DE C.V.  
Calle del Maíz No. 49  
16000 México, D.F.





Amigdalitis Faringitis Otitis

línea **CATAFLAM\***  
Diclofenaco potásico

gotas de 10 ml  
cómoda y exacta dosificación  
1 gota por kg de peso,  
3 veces al día



grageas de 25 mg  
2 grageas de inicio y 1 cada 8 horas.

**Dosis ponderal 0.5 - 2 mg/kg de peso, repartidos en 2 ó 3 tomas**



supositorios de 12.5 mg  
1 cada 8 ó 12 horas



supositorios de 25 mg  
1 cada 8 ó 12 horas

**CATAFLAM\*** responde a las necesidades particulares de cada paciente

CIBA-GEIGY

**AUGMENTIN**  
(Clavulanato de Potasio/Amoxicilina)  
TABLETAS Y SUSPENSION

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

**Acción** La disminución en la sensibilidad a muchos antibióticos es causada por enzimas bacterianas llamadas 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 [betalactámicos]. Augmentin® es una mezcla compuesta de Amoxicilina trihidratada y la sal potásica del ácido clavulánico. En Augmentin®, el clavulanato se anticipa al mecanismo de defensa bacteriano con un bloqueo irreversible de la enzima betalactamasa, lo cual convierte a 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 Amoxicilina, tienen muy bajos niveles de unión proteica, aproximadamente el 70% se mantiene libre en el 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 (gonococcica). \* Pielonefritis. d) Otras infecciones. \* 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 monocytogenes*, *Anaerobios 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*, *Neisseria vulgaris*, *Bordetella pertussis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Vibrio cholerae*, *Pasteurella septicus*, *Anaerobios*, *Bacteroides fragilis*. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a la penicilina, cefalosporinas o cualquier componente de la fórmula. **Precauciones.** 1) No existe en el mercado penicilina que no ofrezca alergias. 2) La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3) La penicilina, siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes, en otros resulta altamente perjudicial, por lo que solamente el médico, basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por el uso del medicamento determinará si debe o no ser usado. 4) La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción y uso quedarán bajo la estricta responsabilidad del médico. 5) En el caso de que se presenten accidentes por penicilina, se recomienda la aplicación de adrenalina al más pronto por vía intramuscular. Podrán utilizarse asimismo otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente, tales como: antihistamínicos, esteroides y otros. La insuficiencia renal retrasa la excreción del clavulanato y la Amoxicilina, pero, a menos que la insuficiencia sea severa que requiera diálisis, no es necesario reducir la dosis. **Uso durante el embarazo y la lactancia.** 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 aun establecida. **Efectos secundarios** Con Amoxicilina no son comunes y principalmente son leves y de naturaleza transitoria. Han sido reportados: diarrea, náusea, vómito y candidiasis. Si ocurren efectos colaterales gastrointestinales, éstos pueden ser reducidos tomando Augmentin® conjuntamente con los alimentos. Urticaria, angioedema, anafilaxia 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. En muy raras ocasiones se han reportado eritema multiforme y Síndrome de Stevens-Johnson. El tratamiento debe ser discontinuado si se presenta cualquier tipo de rash. Colitis pseudomembranosa. Se ha observado un ligero incremento en los niveles de TGO y TGP de aquellos pacientes tratados con antibióticos tipo Ampicilina, así como con Augmentin®, pero el significado de estos hallazgos es desconocido. Como sucede con otras penicilinas, y algunas cefalosporinas, se ha reportado en raras ocasiones hepatitis transitoria o ictericia colestática. **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. **Niños Augmentin®** suspensión [Amoxicilina 250 mg y Clavulanato de potasio 62.5 mg/5 ml]: 6-12 años: 5-10 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 recomiendan 40 mg/kg/día en base a la Amoxicilina, en dosis divididas cada 8 horas. Niños con peso mayor de 40 kgs se deben dosificar de acuerdo a la dosis del adulto. **Almacenamiento Augmentin®** debe ser conservado en lugar fresco y seco. La reconstitución del producto puede ser preservada por 7 días en refrigeración. **Presentaciones Tabletas:** Frasco con 10 tabletas. **Suspensión:** Frasco con polvo para reconstituir a 60 ml. Regs. Nos. 068M82 y 079M84, S.S.A.

\* Marca Registrada Literatura exclusiva para médicos  
Su venta requiere receta médica. I. Med. PEE-771/J

**Beecham**  
farmacéutica, s.a. de c.v.  
Miguel Angel de Quevedo No. 307 Coyoacán, 04310 México, D.F.



**PRESENTACION:** Diclofenaco potásico; grageas de 25 mg y 50 mg; gotas (al 1.5%); supositorios de 12.5 mg y 25 mg.

**INDICACIONES:** Tratamiento breve de las siguientes afecciones agudas: Estados dolorosos e inflamatorios postraumáticos. Inflamaciones y dolores postoperatorios. Estados dolorosos y/o inflamatorios en ginecología. Síndromes dolorosos de la columna vertebral. Reumatismo extraarticular. Como coadyuvante en infecciones dolorosas e inflamatorias graves de la nariz, garganta y oídos. (La fiebre por sí sola no es una indicación).

**DOSIFICACION:** Según las indicaciones, 75-150 mg al día (dismenorrea); hasta 200 mg diarios.

**NIÑOS:** 0.5-2 mg/kg al día. Véase la información detallada para la prescripción.

**CONTRAINDICACIONES:** Úlcera péptica, hipersensibilidad conocida a la sustancia activa, ácido acetilsalicílico y otros medicamentos que inhiben la síntesis de la prostaglandina. Hipersensibilidad conocida a algunos excipientes. Proctitis (supositorios). Insuficiencia cardíaca, renal y hepática. Embarazo y lactancia, hipertensión arterial severa y discracias sanguíneas.

**PRECAUCIONES:** Síntomas o antecedentes de enfermedad gastrointestinal, menoscabo de la función hepática, cardíaca o renal. Embarazo.

Parfiria. Cautela en los sujetos de edad avanzada. Enfermos con depleción de volumen extracelular de cualquier causa. Pacientes que toman diuréticos anticoagulantes o anti-tubercóticos. Si es necesario prolongar el tratamiento en casos excepcionales, se aconseja controlar periódicamente la función hepática y el cuadro hemático.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** En ocasiones trastornos gastrointestinales, cefaleas, aturdimiento o vértigo, eritemas, elevación de la TGO y la TGP. Raramente úlcera péptica, hemorragias gastrointestinales, hepatitis, reacciones de hipersensibilidad. En casos aislados trastornos de las sensaciones, eritema multiforme, purpura, anomalías de la función renal, discracias hemáticas.

**ENVASES:** Cajas con 12 grageas de 25 mg, 12 grageas de 50 mg, frasco gotero con 10 ml, 5 supositorios de 12.5 mg y 5 supositorios de 25 mg.

Para mayor información consultar el **Directorio de Especialidades Farmacéuticas** o dirigirse al Departamento Médico de Ciba-Geigy Mexicana, S.A. de C.V., División Farmacéutica, Calz. de Tlalpan Núm. 1779 Col. San Diego Churubusco-04120 México, D.F. Tel. 549-30-00, que le proveerá con el paquete completo de información para prescribir.

Regs. Núms. 071M86, 073M84, 074M84 y 064M90 S.S.A.  
**I. Med. OFE-850/IP**  
\* Marca Registrada

Literatura exclusiva para médicos  
Su venta requiere receta médica  
No se deje al alcance de los niños.

**Descripción (Diclofenaco potásico):** CATAFLAM. Clase terapéutica: farmacológica: Analgésico y antiinflamatorio. **Composición del preparado:** Acetato potásico de 0.32 diclofenaco amoníaco (a diclofenaco potásico derivado del ácido fenilacético). Gotas: diclofenaco adobido a resina correspondiente a diclofenaco potásico. Conservador: metilparabén y propilparabén. Aromatizante: sacarina sódica, excipiente para suspensión. **Formas farmacéuticas:** Grageas de 25 mg. Supositorios de 12.5 mg y 25 mg. Gotas, suspensión de diclofenaco resino equivalente a 15 mg de diclofenaco potásico por ml correspondiente a 0.5 mg por gota. **Propiedades. Farmacodinamia:** CATAFLAM es un antiinflamatorio no esteroide y contiene la sal potásica del diclofenaco. El ion sódico del diclofenaco sódico (i.e. VOLTAREN) ha sido sustituido en el CATAFLAM por el ion potasio. Por tanto, el principio activo es el mismo. Este preparado posee propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas. En virtud de que se instaura el efecto, las grageas de CATAFLAM son muy adecuadas para tratar los estados dolorosos e inflamatorios agudos. Se considera importante por el mecanismo de acción la inhibición de la biosíntesis de prostaglandinas, demostrada experimentalmente. Las prostaglandinas desempeñan un papel esencial en el origen de la inflamación, el dolor y la fiebre. En los ensayos clínicos se ha comprobado el efecto analgésico que ejerce CATAFLAM en los estados dolorosos de mediana e intensa gravedad. En las inflamaciones, o. e., postraumáticas o postoperatorias, alivia los dolores espontáneos y debidos al movimiento y reduce la tumefacción inflamatoria. Los estudios han mostrado asimismo que la sustancia activa calma los dolores en la dismenorrea primaria. **Farmacocinética:** El diclofenaco potásico se absorbe rápidamente de las grageas, los supositorios y las gotas y está sujeto al metabolismo del primer paso. Las grageas dan lugar a concentraciones plasmáticas máximas después de 20-60 minutos, los supositorios al cabo de 40 minutos y las gotas tras 1-2 horas. La sustancia activa se fija en un 99.7% a las proteínas y la vida media plasmática en la fase terminal de la eliminación se eleva a 1-2 horas. Alrededor del 60% de la dosis administrada se excreta por vía renal en forma de metabolitos y menos del 1% como sustancia inalterada. El resto de la dosis se elimina en forma de metabolitos por la biliar. No se han constatado diferencias relevantes en la absorción, el metabolismo y la excreción del fármaco, deontes a la edad del paciente. **Información terapéutica. Indicaciones:** Tratamiento breve de las siguientes afecciones agudas: - Estados dolorosos e inflamatorios postraumáticos, o. e., por distensiones. - Inflamaciones e dolores postoperatorios, p. e., tras cirugía dental u ortopédica. - Estados dolorosos y/o inflamatorios en ginecología, p. e., dismenorrea primaria o anéxica. - Síndromes dolorosos de la columna vertebral. - Reumatismo extraarticular. - Como coadyuvante en infecciones dolorosas e inflamatorias agudas de garganta, nariz y oídos, p. e., faringomigalitis, otitis. De acuerdo con los principios médicos generales, se tomarán las medidas apropiadas para tratar la enfermedad de base. La fiebre por sí sola no es una indicación. **Contraindicaciones:** Úlcera gástrica o duodenal. Hipersensibilidad a la sustancia activa. Al igual que otros antiinflamatorios no esteroideos, CATAFLAM está contraindicado en los pacientes que han padecido un ataque de asma, urticaria o rinitis aguda tras la administración de ácido acetilsalicílico u otros medicamentos que inhiben la prostaglandina síntesis. **Supositorios, efectos secundarios:** Tracto gastrointestinal: En ocasiones: dolores abdominales, otras molestias gastrointestinales (p. e., náuseas, vómitos, diarrea), irritación local (dolo con los supositorios). Raras veces: hemorragias del tubo digestivo, úlcera gástrica o intestinal. En casos aislados, úlcera gástrica o intestinal con perforación, molestias hipogástricas (p. e., colitis hemorrágica inespecífica y exacerbación de colitis ulcerativa); exacerbación de hemorroides (solo con los supositorios). **Sistema nervioso central:** En ocasiones: cefaleas, aturdimiento, vértigo. Raras veces: fatiga. En casos aislados: trastornos de la sensibilidad o de la visión (visión borrosa, diplopia, homiopia, inversión, insensibilidad, convulsiones). **Piel:** En ocasiones, eritemas. Raras veces: urticaria. En casos aislados: erupciones vesiculares, eczemas, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Lyell, caída del cabello, reacción de fotosensibilización. **Efectos secundarios:** Insuficiencia renal aguda, trastornos de la función renal (p. e., hematuria, nefritis intersticial, síndrome nefrótico). **Hígado:** Raras veces, trastornos de la función hepática, ictericia, hepatitis con o sin ictericia, en casos aislados fulminante. **Sangre:** En casos aislados: trombocitopenia, leucopenia, agranulocitosis, anemia hemolítica, anemia aplásica. **En otros sistemas orgánicos:** Raras veces: edemas, reacciones de hipersensibilidad (p. e., broncopneumonías, reacciones sistémicas anafilácticas o anafilácticas, inclusive hipotensión). **Precauciones, advertencias:** Se impone una indicación estricta y una estrecha vigilancia médica en los pacientes con síntomas de enfermedad gastrointestinal, antecedentes de úlcera gastrointestinal, colitis aguda, enfermedad de Crohn y función hepática muy limitada. Debido a la importancia que revisten las prostaglandinas en el mantenimiento de la viscosidad de la membrana, con particular precaución en los pacientes con función cardíaca o renal menoscabada, en los que son tratados con diuréticos y en los que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores. Se reñará el preparado en los casos en que aparezcan una úlcera péptica o hemorragias gastrointestinales relacionadas con la medicación con CATAFLAM. Por razones médicas de índole bñica se exige cautela en los enfermos de edad avanzada. De ordinario, CATAFLAM solo tiene que administrarse durante pocos días en las indicaciones mencionadas, pero si el tratamiento con CATAFLAM se prolonga más tiempo en contra de lo recomendado, al igual que con otros antiinflamatorios no esteroideos muy activos se aconseja efectuar controles del cuadro hemático, así como de la función hepática y renal. **Multiplicación, cancerogenicidad y reacciones alérgicas:** Los estudios realizados en animales con diclofenaco no han mostrado que el diclofenaco ejerza efectos mutágenos, cancerígenos o teratogénos. **Efectos sobre el embarazo y la lactancia:** CATAFLAM no se prescribirá durante la gravidez más que por razones imperiosas y a las dosis más bajas posibles. Esto rige para todos los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, especialmente en los tres últimos meses de la gestación (posible inhibición de las contracciones uterinas y cierre precoz del conducto arterioso). Tras administrar dosis orales de 50 mg con intervalos de ocho horas, la sustancia activa de CATAFLAM pasa en cantidades pequeñas a la leche materna. **Efectos sobre la capacidad de conducir o manejar máquinas:** Los pacientes que experimentan vértigo u otros trastornos nerviosos centrales no deberán conducir vehículos ni operar máquinas. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** En algunos estudios de diclofenaco y preparados a base de hierro o dipiridna puede elevar el nivel plasmático de los metales, así como haber advertido hasta ahora signos clínicos de neurotoxicidad. Es posible que diversos antiinflamatorios no esteroideos inhiban el efecto de diuréticos. La toma simultánea de diclofenaco con diuréticos ahorradores de potasio, puede elevar los niveles plasmáticos de potasio, lo cual obliga a determinar los valores séricos del mismo. La administración al mismo tiempo de diversos antiinflamatorios sistémicos no esteroideos puede favorecer la aparición de efectos colaterales. Los ensayos clínicos han aportado indicios de que el diclofenaco no influye sobre la acción de los anticoagulantes. Sin embargo, se recomienda controlar en el laboratorio si se alcanza el efecto anticoagulante deseado al administrar simultáneamente diclofenaco y anticoagulantes. Al igual que otros antiinflamatorios no esteroideos, cabe que el diclofenaco a dosis altas (200 mg) inhiba tóxicamente la agregación plaquetaria. En algunos estudios, han mostrado que el diclofenaco puede administrarse junto con antibióticos orales sin que influya sobre su efecto clínico. Se impone precaución cuando se empleen los antiinflamatorios no esteroideos menos de 24 horas antes o después de un tratamiento con metotrexato, ya que pueden elevar el nivel hemático del metotrexato y aumentar la toxicidad del mismo. **Dosificación y modo de empleo. Adultos:** la dosis inicial es de 75-100 mg diarios. Para los casos leves y los niños mayores de 14 años suelen bastar de 12.5-100 mg al día. La dosis diaria se repartirá siempre en dos o tres tomas. La dosificación diaria en la dismenorrea primaria es en general de 50-150 mg, según el caso individual. La dosis inicial se elegirá primero entre 50 y 100 mg, aumentando a 150 mg si es preciso, en el curso de varios ciclos menstruales hasta 200 mg al día como máximo. El tratamiento se mantendrá en cuanto el paciente no haya advertido, hasta se mantendrá algunos días de acuerdo con la sintomatología. Las grageas se tomarán junto con líquido; de preferencia antes de las comidas. **Niños:** los mayores de un año recibirán 0.5-2 mg/kg de peso al día, repartidos en dos o tres tomas, según la gravedad de la afección. Las gotas de CATAFLAM son muy adecuadas para el empleo en pediatría, ya que permiten adaptar la dosificación a su peso dentro del marco posológico recomendado para los niños (una gota = 0.5 mg). El frasco que contiene la suspensión se agitará bien antes de administrar las gotas. El frasco se mantendrá verticalmente al verter las gotas. Las grageas de CATAFLAM no son recomendables para los niños por la cantidad de sustancia activa que contienen. **Sobreedosis:** En el tratamiento de la inflamación aguda con antiinflamatorios no esteroideos consiste principalmente en medidas de apoyo y sintomáticas. No se conoce un cuadro clínico tóxico tras la sobredosisificación con el diclofenaco. Las medidas terapéuticas a tomar en caso de sobredosis son las siguientes: Se impedirá cuanto antes la absorción mediante el lavado y la administración de carbón activado. Se aplicarán medidas de apoyo y sintomáticas contra las complicaciones, como: hidratación, insuficiencia renal, convulsiones, irritación gastrointestinal y depresión respiratoria. Los tratamientos específicos, como: diuresis forzada, diálisis o hemoperfusión, carecen probablemente de sentido para la eliminación de los antiinflamatorios no esteroideos a causa de su elevada tasa de fijación proteica y su metabolismo a extenso. **Información farmacéutica. Incompatibilidades farmacéuticas:** Se desconocen. **Caducidad:** 3 años. **Envases:** 3 años. **Gotas:** 3 años. **Precauciones especiales para el almacenamiento:** Grageas, prótesis del tipo de humedad y de la humedad. **Gotas:** conservar en sitio fresco. **Clase y contenido de los envases:** Grageas: blíster de 12 grageas con 12 grageas de 25 mg. Supositorios: envases con 5 supositorios de 12.5 mg para niños/emas con 5 supositorios de 25 mg. Gotas: frasco de 10 ml de suspensión (1 ml equivale a 15 mg de diclofenaco potásico). **Nota concerniente a la seguridad de los niños:** Los medicamentos deben conservarse fuera del alcance de los niños. \* Marca registrada. **Literatura exclusiva para médicos:** Su venta requiere receta médica. Regs. Nos. 071M86, 073M84, 074M84 y 064M90 S.S.A. Para mayor información dirigirse al Departamento Médico de CIBA-GEIGY Mexicana, S.A. de C.V. Calz. de Tlalpan 1779 Col. San Diego Churubusco-04120 México, D.F.

**CIBA-GEIGY al servicio de la relación médico paciente**  
I. Med. OGE-1199/J  
P-726



# ¡El aire es vida!



Nuevo

Bricanyl® Turbuhaler



 **ASTRA**  
RESPIRATORIO

Investigación original de  
**ASTRA**  
México - Suecia

\*Marca registrada  
Su venta requiere receta médica  
Regs. Núms. 75205 79280, 837  
62010 y 113M90 S.S.A.

Retorno a la  
productividad con

**TELDANE-D**®

(Terfenadina + Pseudoefedrina)

Descongestivo  
y antihistamínico

Acción terapéutica  
en las vías respiratorias  
superiores,<sup>(1,2)</sup>

durante 12 horas,  
sin somnolencia

**DOBLE ACCION**

REFERENCIAS

1. Orpel, H.A., Kemp, I.P., 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. Malba, 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. X, junio 1986, No. 2, 36/38.

Teldane D®  
10 tabletas

Lepevit

Lepevit

BIBLIOTECA  
VILAR



# DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIROUGIA  
Y  
EQUIPO MEDICO



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

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

*Clásicos con Futuro*

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



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

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



Variotherm, el aparato  
térmico de  
excitación para el  
diagnóstico vestibular

Endostroboscopia, para el  
diagnóstico de la laringe.

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

**martin**

**CARL ZEISS  
JENA**

**R**  
RICHARDS

**WOLF**

MICROCIROUGIA Y PROTESIS

ENDOSCOPIA