



CONTENIDO

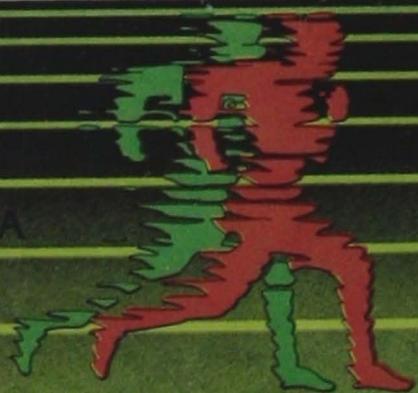
- Pág del director.
- La compresión microvascular de pares craneales, un reto de diagnóstico y tratamiento
- Insuficiencia respiratoria secundaria a carcinoma laríngeo y bocio tóxico difuso.
- Sinusitis maxilar infecciosa crónica, manejada con Caldwell-Luc, bajo visión microscópica, revisión etmoidal anterior y revisión endonasal. 25 casos.
- Angina de Ludwing asociada a SIDA.
- Validación de la prueba de "un minuto" para la detección de hipoacusias en escolares.
- Granuloma reparativo de células gigantes. Reporte de un caso y revisión del tema.
- Papilomatosis laríngea e interferón.
- Cartas al Director.
- Notas e informaciones.

CLARITYNE D

LORATADINA + SULFATO DE PSEUDOEFEDRINA

EN LOS PADECIMIENTOS CONGESTIVOS
DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

● RAPIDA ACCION ● ALIVIO SOSTENIDO



RINITIS ALERGICA

RINOFARINGITIS

INFLUENZA

SINUSITIS

OTITIS MEDIA

CONGESTION VIAS RESPIRATORIAS
SUPERIORES

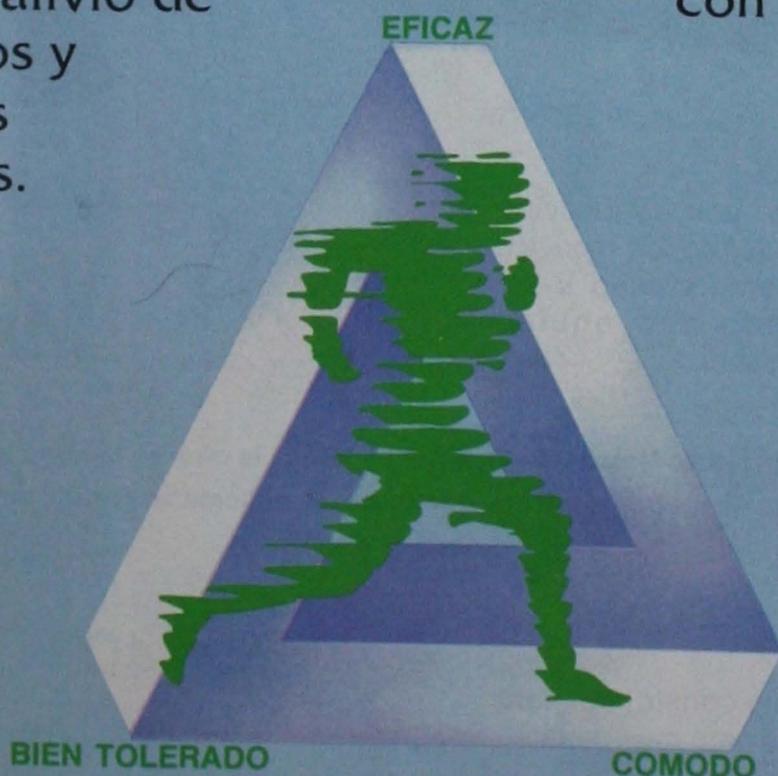
ESTADOS AGUDOS O CRONICOS

CLARITYNE*

EL ANTIALERGICO

LORATADINA ^{UNA VEZ AL DIA} 10mg

- Una sola toma al día le da 24 horas de protección antialérgica a su paciente.
- Proporciona rápido y eficaz alivio de los signos y síntomas alérgicos.
- Actúa desde los primeros síntomas hasta las últimas reacciones.
- No interfiere con alimentos.



INDICACIONES:

- DERMATITIS ATOPICA
- URTICARIA
- RINITIS ALERGICA
- DERMATITIS POR CONTACTO
- ALERGIA ALIMENTARIA
- CONJUNTIVITIS ALERGICA

AUDIOMETROS PORTATILES MAICO



MA-41

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



MAICO

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

MA-39

Conducción aérea, construido para exámenes precisos pero muy portátil.

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

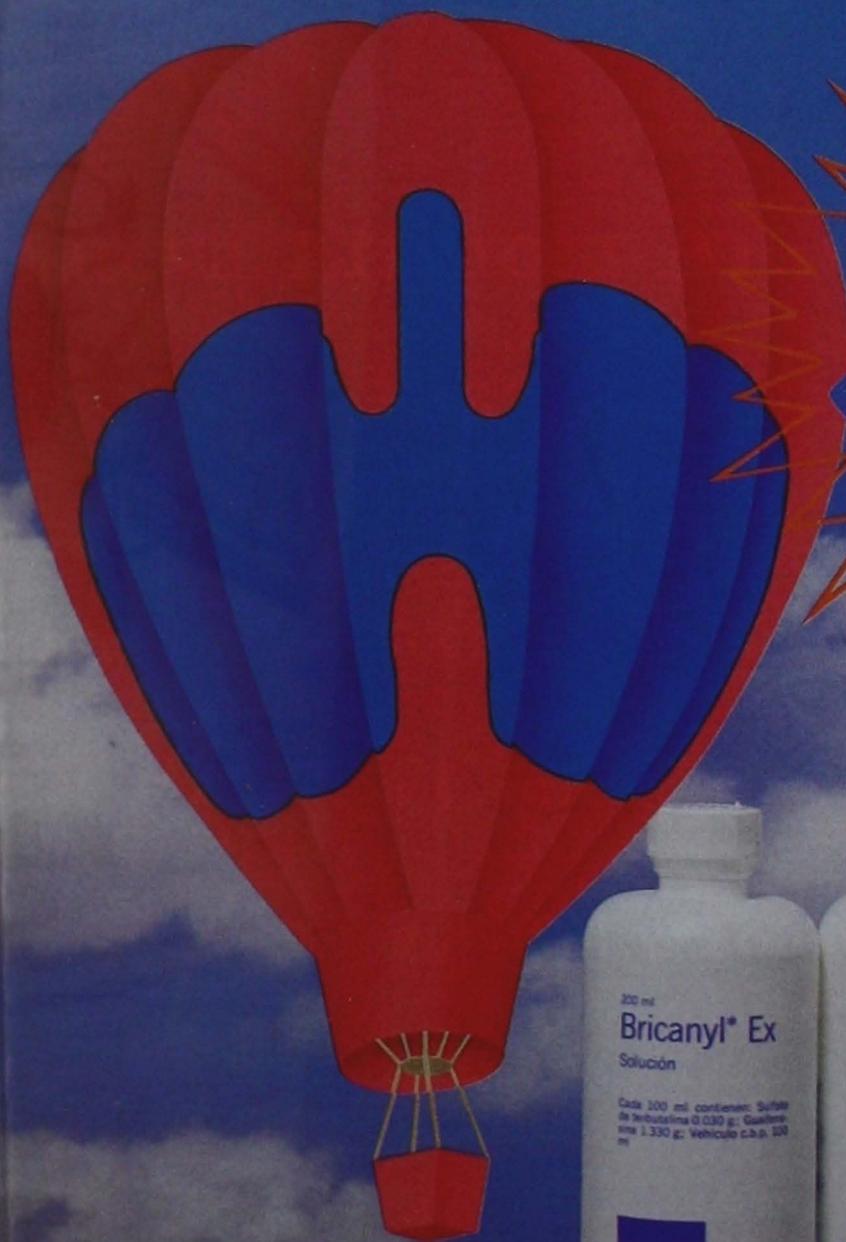
MA-40

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

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

AMERICAN OVERSEAS TRADING
4619 Carrollton Avenue • New Orleans, Louisiana 70111
(504) 488-1311

¡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, 83768,
82010 y 113M90 S.S.A.

Rocephin

Solución Inyectable
Antibiótico betalactámico de amplio espectro y de acción prolongada
FORMULA: Cada frasco ampolla I.M. contiene:
Ceftriaxona disódica 500 mg y 1 g
Cada ampolla con solvente contiene:
Lidocaína al 1% 2 ml y 3.5 ml

Cada frasco ampolla I.V. contiene:
Ceftriaxona disódica 500 mg y 1 g
Cada ampolla con solvente contiene:
Solución Inyectable 5 ml 10 ml

PROPIEDADES: Rocephin actúa inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana. Rocephin incluye en su espectro bacterianas tanto grampositivas como gramnegativas y es altamente estable frente a betalactamasas. Rocephin es generalmente activo contra las siguientes bacterias: Aerobios grampositivos. Aerobios gramnegativos. Anaerobios.

	Sensible	Moderadamente sensible	Resistente
Dilución (mg/l)	< 8	16-32	> 64
Difusión (mm)	> 21	20-14	< 13

FARMACOCINETICA: La biodisponibilidad de la vía I.M. es de 100%. Difunde rápidamente hacia el intersticio, donde se mantienen concentraciones bactericidas durante 24 horas. Se une a las proteínas plasmáticas de 85 a 95% (concentraciones plasmáticas 300 mg/l a < 100 mg/l en LCR 24 horas después de administración I.V. de 500 mg - 1 g/kg en niños con meningitis. En adultos con meningitis, dosis de 50 mg/kg/dan, durante 24 horas, concentraciones varias veces superiores a las mínimas inhibitorias para los gérmenes más frecuentes. Se elimina inalterado: 50-60% (recién nacidos 70%) con la orina y 40-50% con la bilis. Su vida media es de 8 horas (en niños < 1 semana y en ancianos > 75 años aumenta aproximadamente al doble). **INDICACIONES:** Para el tratamiento de infecciones causadas por gérmenes sensibles: - Septicemia. - Meningitis. - Infecciones abdominales (vías biliares, gastrointestinales, peritonitis). - Infecciones óseas, articulares, tejidos blandos, cutáneas, hendiduras. - Infecciones en pacientes inmunodeprimidos. - Infecciones renales y urinarias. - Infecciones respiratorias (neumonía, O.R.L.). - Infecciones genitales (incluyendo gonoreas). - Profilaxis quirúrgica. **DOSE:** Rocephin se administra 1 vez cada 24 horas:

Perfil del paciente o Indicaciones especiales	DOSIFICACION POR DIA	
	HABITUAL	MAXIMA
- Recién nacidos < 2 semanas	20-50 mcg/kg	50 mcg/kg
- > 2 semanas a > 12 años	20-80 mcg/kg	80 mcg/kg
- > 12 años ó > 60 k, adultos y ancianos.	1-2 g	4 g
Insuficiencia renal: depuración de creatinina* > 10 ml/min < 10 ml/min	1-2 g 1-2 g	4 g 2 g
- Meningitis en niños	inicial 100 mcg/kg y reducir según la sensibilidad del germen	
Profilaxis quirúrgica	1-2 g, 30-90 minutos antes de la cirugía	
Gonoreas	500 mg I.M.	

* Sólo cuando no coexista insuficiencia hepática. La duración del tratamiento es variable dependiendo de la respuesta. Hay presentación especial para cada vía de administración: I.M. e I.V. **MODO DE EMPLEO:** - I.M.: Disolver 500 mcg ó 1 g en 2 ml ó 3.5 ml respectivamente, de solución de lidocaína al 1%. Conviene no aplicar más de 1 g en cada glúteo al día. La solución de lidocaína no debe administrarse I.V. - I.V. directa: Disolver 500 mcg ó 1 g en 5 ml ó 10 ml, respectivamente, de solución inyectable y aplicarlo lentamente en la vena. No debe emplearse la presentación I.V. por la vía I.M. - I.V. por infusión: Disolver 500 mcg ó 1 g en aproximadamente 40 ml de cualquiera de las siguientes soluciones libres de calcio: cloruro de sodio 0.9% con o sin dextrosa 5%; glucosada 5% y 10%. La infusión pasará en 5 a 15 minutos. Dosis > 2 g en adultos y de 50 mcg/kg en niños, deben administrarse por infusión I.V. en las soluciones mencionadas y a pasar en no menos de 30 minutos. La solución reconstituida se mantiene estable 6 horas a la temperatura ambiente ó 24 horas en refrigeración. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad conocida a los betalactámicos. **EFFECTOS ADVERSOS:** Dolor en el sitio de la aplicación, flebitis (que puede prevenirse si se aplica adecuadamente). Náuseas, vómito, estomatitis, fiebricitis. Eosinofilia, leucopenia, granulocitopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia. Exantema, prurito, urticaria. Más raros son: cefalea y mareo, aumento de creatinina sérica, reacciones anafilácticas, etc. Todavía menos frecuentes: Colitis pseudomembranosa. **PRECAUCIONES:** Como ocurre con todos los betalactámicos, es posible que se presenten reacciones anafilácticas, en cuyo caso se debe administrar epinefrina I.V. seguida de un glucocorticoide. En casos raros se han reportado imágenes ultrasonográficas de sedimento biliar, esta reacción es reversible al suspender o terminar el tratamiento; en estos casos se recomienda un manejo conservador no quirúrgico, aún cuando se acompañe de dolor. Todas las cefalosporinas pueden desplazar a la bilirrubina de su unión de la albúmina sérica, se recomienda tomar esto en cuenta al seleccionar a este tipo de antibióticos para el tratamiento de infecciones en recién nacidos hiperbilirrubinémicos, particularmente en prematuros. Durante tratamientos prolongados se debe realizar cuantías hemocitológicas periódicas. Aunque no se ha reportado efecto teratológico con Rocephin, durante el embarazo, se recomienda administrarlo sólo en casos en que sea absolutamente necesario (particularmente durante el primer trimestre). Cuando se emplee Rocephin junto con otro antimicrobiano, ambos fármacos deben administrarse por separado debido a la posibilidad de que exista incompatibilidad físico-química. **PRESENTACIONES:** Rocephin I.M. - Caja con 1 frasco ampolla (con 500 mcg ó 1 g) y 1 ampolla con lidocaína al 1% (2 ó 3.5 ml). Rocephin I.V. - Caja con 1 frasco ampolla (con 500 mcg ó 1 g) y 1 ampolla con agua inyectable (5 ó 10 ml). Reg. No. 098M84 y 104M84 S.S.A. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México:
Productos Roche, S.A. de C.V.
Av. Universidad No. 902,
03310, México, D.F.
* Marca Registrada
I. MED. OGE-1001-J



Zinnat

Acetoxietil Cefuroxima
2 VECES AL DIA

INFORMACION PARA PRESCRIBIR

NOMBRE DEL PRODUCTO: ZINNAT

USOS:

El acetoxietil de cefuroxima es un profármaco 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 metilicina), *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 leve 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 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 diarreas*, náuseas* y vómitos*. Igual que con otros antibióticos de amplio espectro, han habido algunos reportes raros de enterocolitis pseudomembranosa*. También se ha reportado cefaleas.*

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. 021189 S.S.A.
I. MED. PIE-1561-J

Glaxo
Pionero en Penicilinas
Líder en Cefalosporinas

Stugeron Retard

JANSSEN



INFORMACION PARA PRESCRIPCIÓN STUGERON® RETARD CAPSULAS JANSSEN

PROPIEDADES: STUGERON® RETARD inhibe la vasoconstricción directa y la vasoconstricción inducida por sustancias vasoactivas. STUGERON® RETARD protege a los eritrocitos contra la pérdida de deformación y por lo tanto, reduce un crecimiento anormal en la viscosidad de la sangre en humanos. Esta actividad tiene un efecto favorable sobre la microcirculación en el caso de desorden circulatorio. 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 desorden vestibular y sus manifestaciones autonómicas y reduce o previene episodios agudos. Los niveles más altos de plasma se obtienen a los 3 horas después de la administración. STUGERON® RETARD se separa 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, cefalea, alteraciones de la conducta, insomnio y falta de concentración. Profilaxis y tratamiento de la insuficiencia circulatoria cerebral arterioesclerótica y patología vascular periférica. Síndrome vertiginoso de cualquier etiología, síndrome de Meniere y vértigos por accidentes o quirúrgicos 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 extrapiramidales.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Pueden presentarse somnolencia y trastornos gastrointestinales. Estos son poco frecuentes y transitorios. Excepcionalmente, los pacientes de la tercera edad han descrito una aparición o una agravación de síntomas extrapiramidales durante el 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 sólo 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 potencializar los efectos sedativos de los depresivos del Sistema Nervioso Central, especialmente al inicio del tratamiento.

DOSES: Una capsula al día. Se recomienda tratamientos prolongados 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 un antídoto específico. Si la droga se ha administrado oralmente, puede realizarse un lavado gástrico con permanganato de potasio acuoso a 100 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 que requieran conducción de automóviles y operación de maquinaria peligrosa.

PRESENTACION: STUGERON® RETARD se presenta en caja con 15 y 30 capsulas de liberación prolongada, conteniendo cada capsula 50 mg de Cinnarizina alta densidad.

Reg. No. 243M87 SSA. I. Med. OBE-329JJ.

* Marca Registrada.

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

En JANSSEN estamos comprometidos con la calidad



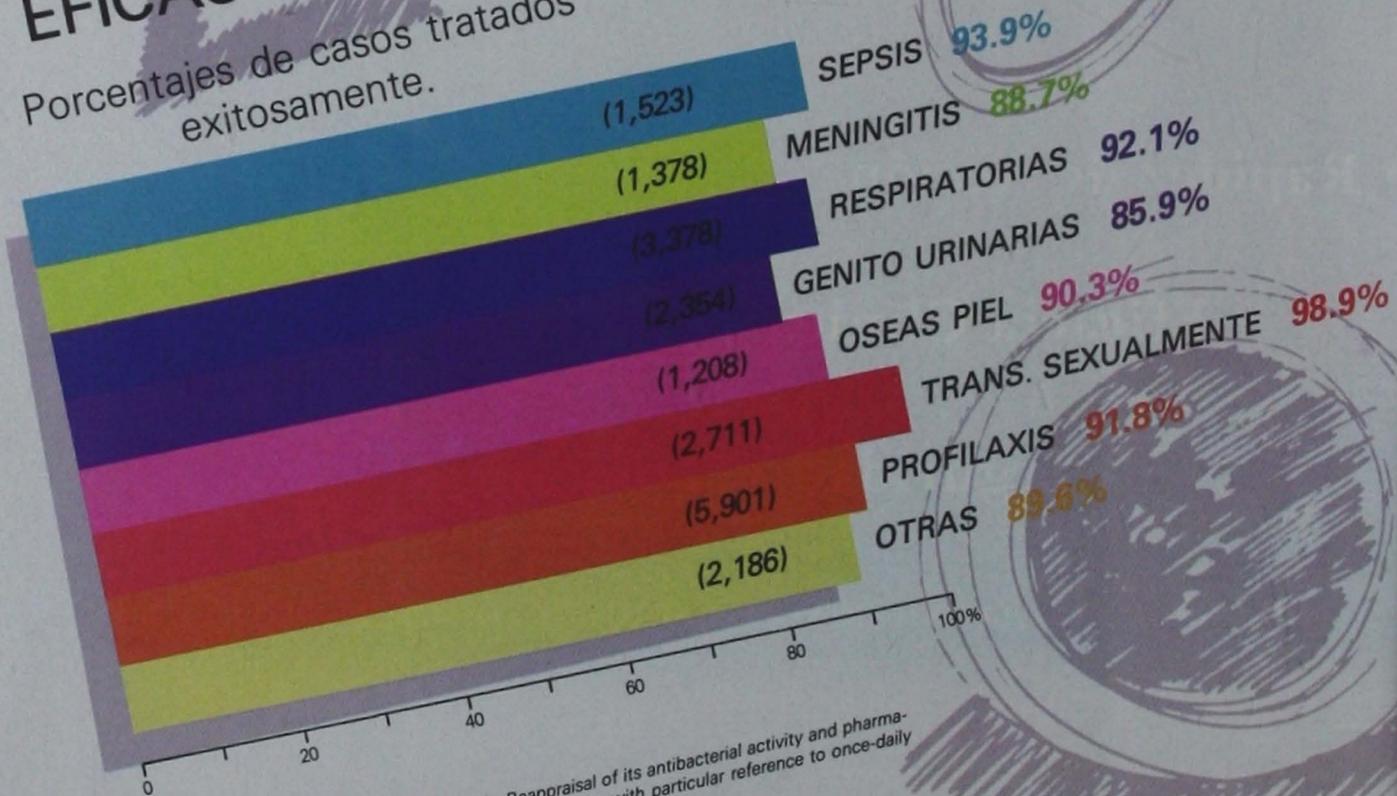
Rocephin®

ceftriaxona

1 vez al día

EFICACIA CLINICA COMPROBADA

Porcentajes de casos tratados exitosamente.



Bibliografía.

— Brogden, R. and Ward: Ceftriaxone. A. Reappraisal of its antibacterial activity and pharmacokinetic properties, and update on its therapeutic use with particular reference to once-daily administration. DRUGS 35: 604-645 (1988).

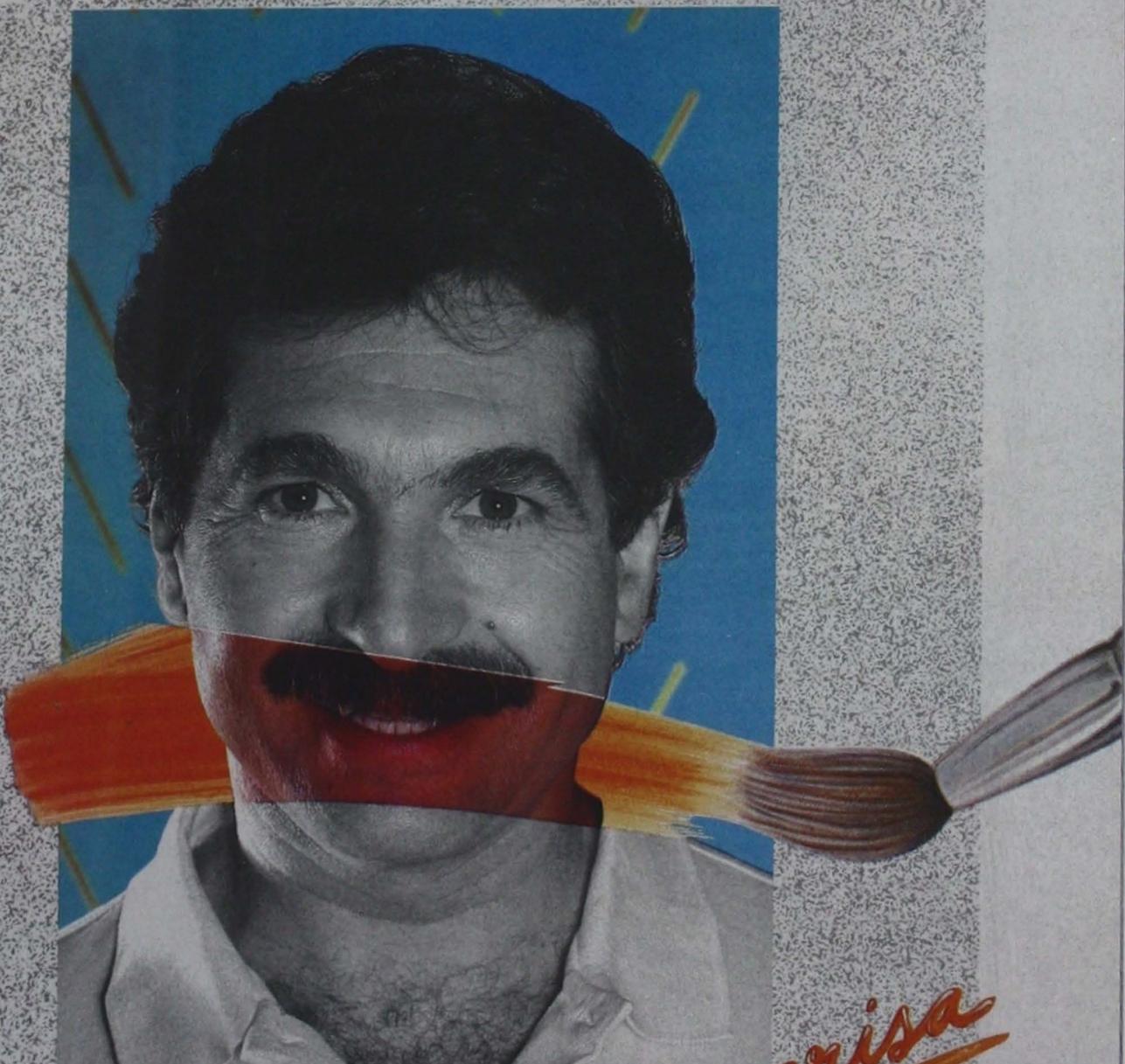
* 486 PUBLICACIONES



nuevo
cataflam* dd

Diclofenaco potásico

grageas de 50 mg

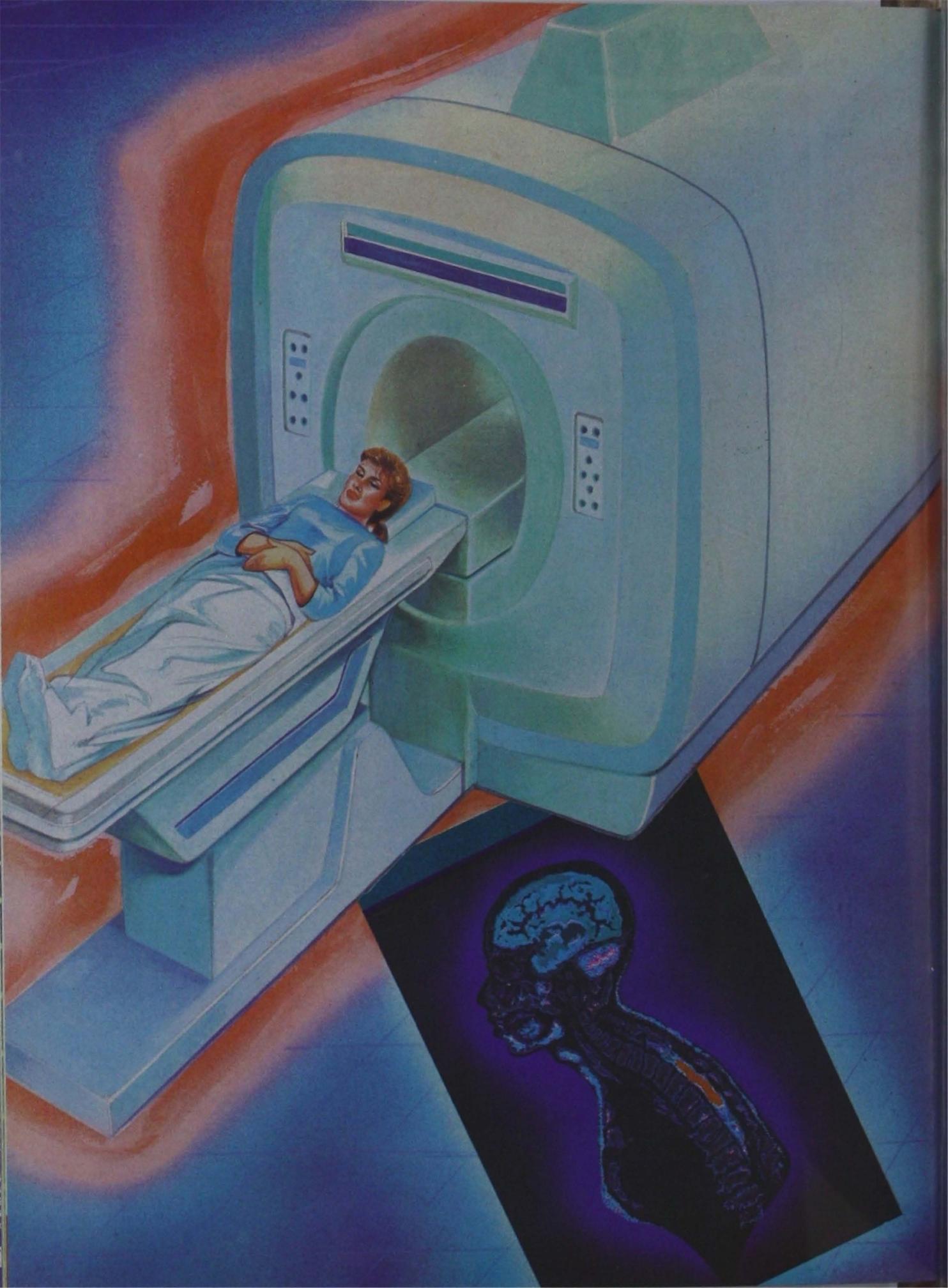


Dibuje en su paciente una *somrisa*
En el postoperatorio

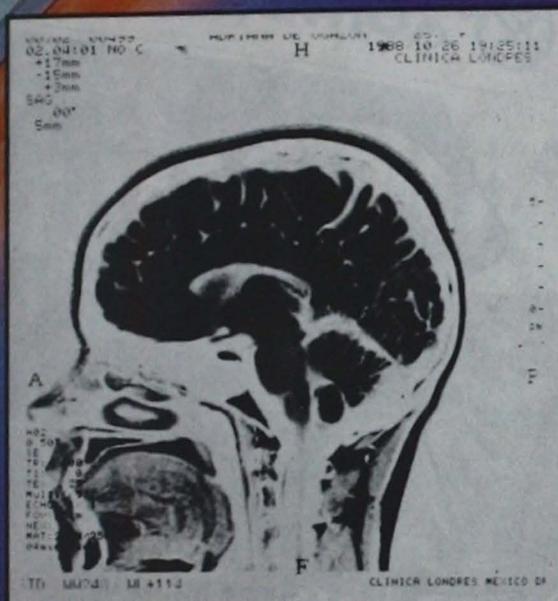
1 gragea cada 8 horas durante la convalecencia,
y por un periodo no mayor de 5 días

cataflam dd le apoya para que usted ofrezca un tratamiento individualizado a su paciente.

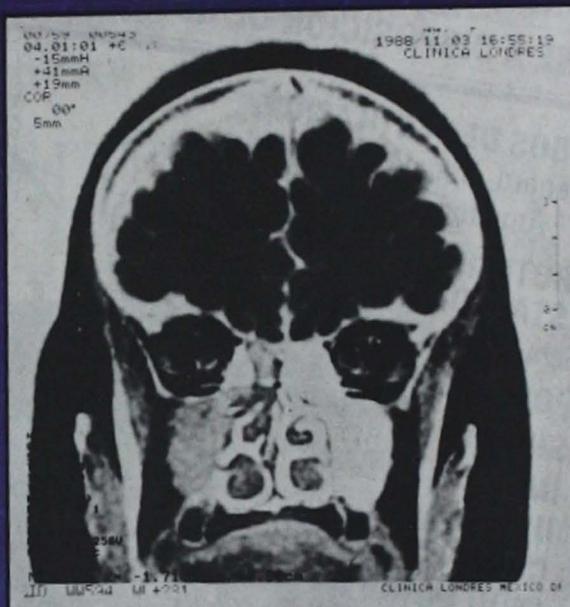
CIBA-GEIGY



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. de C.V.



División de Especialidades,
S.A. de C.V.

PONE A DISPOSICION DE USTED LA LINEA

- **TUBOS DE VENTILACION:**
Shepard, Donaldson, Goode en
"T" Amstrong, Paparella, etc.
- **PROTESIS PARA
ESTAPEDECTOMIA:**
Schuknecht, House, Causse, McGee, etc.
- **POPE OTO WICK®**
- **SISTEMA IONESTHETIZER**
- **IMPLANTES PARA RECONSTRUCCION
OSICULAR PARCIAL/TOTAL.**
- **COLECTOR/ASPIRADOR DE FLUIDO
OIDO MEDIO DESECHABLE
Juhn Tym-Tap®**
- **FUNDAS MICRO-GARD:®**
Para microscopios (cualquier marca),
equipos Láser, equipos de Rayos X,
Artroscopios, para pacientes, etc.
- **EQUIPO MICROQUIRURGICO:**
Accesorios, fresas, etc. Sistema de
taladro eléctrico MPS-2000
Sistema Skeeter®, Sistema Micro-
craft® NIM-2: Monitor de
integridad nerviosa
- **INSTRUMENTAL:**
Insertadores de tubos, elevadores,
ganchos, cucharillas, pinzas, tijeras,
succionadores, separadores, etc.
Brazo flexible para sostener espejos,
brazo para cirugía endoscópica, mesa
de trabajo para cirugía de oído, etc.

 **Xomed-Treace™**
A BRISTOL-MYERS COMPANY



- **MALLA OSEA PARA MANDIBULA
Y CRANEO OSTEO-MESH™**
- **CATETER NASAL EPISTAT™**
- **TUBOS ENDOTRAQUEALES LASER-SHIELD
Y LASER-SHIELD II**
- **IMPLANTES DE BARBILLA;
DE RINOPLASTIA Y OTOPLASTIA**
- **DRENAJE BAKER Y DRENAJE
FACIAL FOERSTER**
- **FERULAS NAALES: DE ALUMINIO
Y TERMOPLASTICAS**
- **TABLILLA NASAL DOYLE II**
- **PUENTE DE NARIZ**
- **COLECTOR DE SECRECION NASAL**
- **ESTUCHE DE IRRIGACION PARA
LA CAVIDAD MAXILAR**

Huerta Médica Mexicana, S.A. de C.V.

ESPERANZA No. 703-B

COL. NARVARTE

03020 MEXICO, D.F.

TELS. 523-9822 y 682-6701 FAX: 682-6701

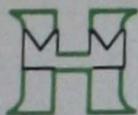
División de Especialidades, S.A. de C.V.

HOSPITAL No. 653

GUADALAJARA, JAL.

44280 MEXICO

TELS. 13-26-28 y 14-12-58



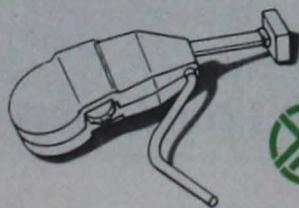
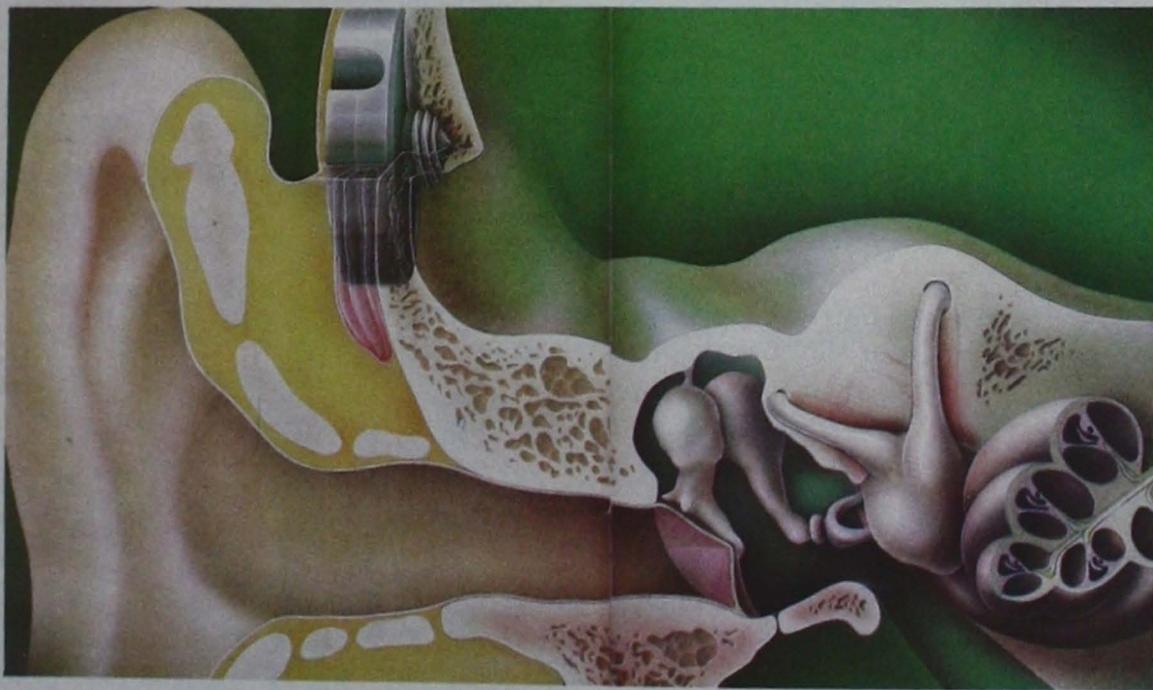
Huerta Médica Mexicana,
S.A. de C.V.



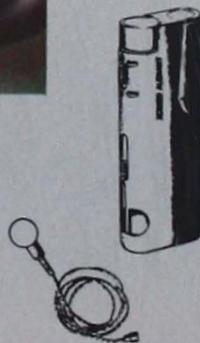
División de Especialidades,
S.A. de C.V.

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

NUEVO
XOMED AUDIANT™
Conductor Oseo™



 **Xomed-Treace™**
A BRISTOL-MYERS COMPANY



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

Huerta Médica Mexicana, S.A. de C.V.

ESPERANZA No. 703-B

COL. NARVARTE

03020 MEXICO, D.F.

TELS. 523-9822 y 682-6701 FAX: 682-6701

División de Especialidades, S.A. de C.V.

HOSPITAL No. 653

GUADALAJARA, JAL.

44280 MEXICO

TELS. 13-26-28 y 14-12-58



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 media¹:
 - *Branhamella catarrhalis** — *Staphylococcus aureus*
 - *Haemophilus influenzae** — *Streptococcus pneumoniae*

* Inclusive cepas ampicilino-resistentes

- Acción antibacteriana "in vitro" superior a los betalactámicos orales conocidos^{1,2}
- Elevados índices de éxitos clínicos en el tratamiento de la otitis media —una severa prueba para cualquier antibiótico— superiores a las obtenidas con Cefaclor³
- La habitual tolerancia y seguridad de los beta-lactámicos⁴
- 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. 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. Mc Linn, S. et al. Clinical trial of cefuroxime axetil versus cefaclor for acute otitis media with effusion.

4. Carbon, C. et al. Estudio de la tolerancia d'un nouvel antibiotique par la cohorte de pharmacovigilance. *Therapie* 43 (4 Suppl): 369-372 (1988).

Glaxo

Pionero en Penicilinas
Lider en Cefalosporinas

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

FLANAX[®]



Por su acción

- Antiinflamatoria
- Antiexudativa
y asociado
al antibiótico
de elección

- Facilita
la penetración
del antibiótico

- Alivia
la molesta
sintomatología

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

Una
presentación
para cada edad

Suspensión
Cápsulas
Supositorio



Más de 10 años de experiencia avalan su eficacia

FLANAX



SYNTEX

Un nuevo mecanismo
avanzado y diferente
reúne:

**POTENCIA ANTIINFLAMATORIA
Y ANALGESICA
CON ACEPTABLE TOLERANCIA
GASTRICA**

Eskafiam

EL ANTIINFLAMATORIO DEL TEJIDO BLANDO

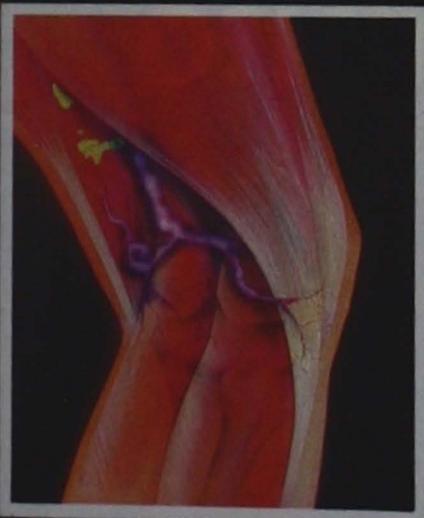
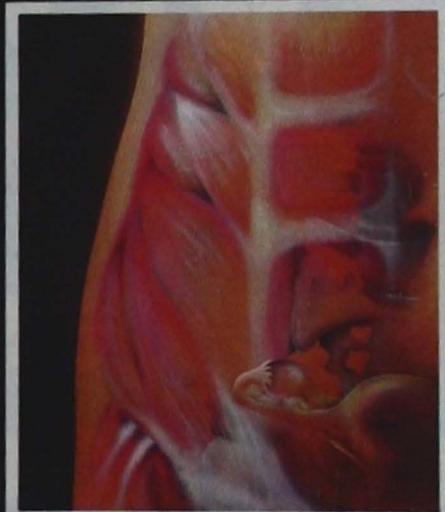
* Primer
inhibidor
del
radical
superóxido

SB

SmithKline Beecham

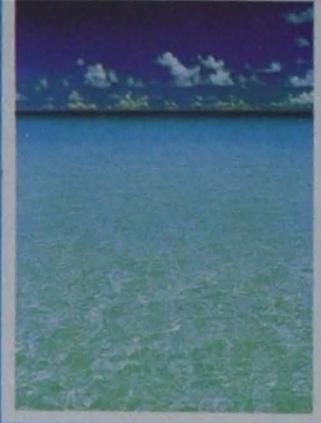


- **Alivio** de la inflamación y el dolor
- **Acción terapéutica** donde se necesita, con aceptable tolerancia gástrica.
- **Cómoda posología:** 1 tableta dos veces al día.



- **Traumatismos para-articulares**
- **Urología**
- **Ginecología**
- **Angiología**
- **Otorrinolaringología**

Eskafiam*
EL ANTIINFLAMATORIO DEL TEJIDO BLANDO



VONTROL*

ANTIEMETICO

es control
cuando se presenta
náusea y vómito



DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA

ANALES

VOL. XXXVI

MEXICO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO 1991

NUMERO 3

FUNDADA EN 1949

Directorio Anales de
Otorrinolaringología
Mexicana

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. Arnando González Romero
Dr. Bernardo Grobeisen Roudy
Dr. Rafael Navarro Mences
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
1991/1992

Dr. Armando González Romero
Presidente
Dr. José R. Arrieta Gómez
Vice-presidente
Dr. Rafael M. Navarro Mences
Secretario
Dr. José Ganem Musi
Tesorero
P.R.L. David Tapia Gamez
Gerente

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. 669-0263
FAX 543-9363

Franqueo pagado
Publicación Periódica
Permiso No. 073-0985
Características: 220241116
Autorizado por SEPOMEX

Impreso en
Editorial Lamda, S.A. de C.V.

INDICE

- Página del director.* 229
Dr. Rafael García Palmer
- La compresión microvascular de pares craneales, un reto de diagnóstico y tratamiento. 231
Dr. Luis Alfonso de Jesús Ortiz Armenta.
- Insuficiencia respiratoria secundaria a carcinoma laríngeo y bocio tóxico difuso. 237
Dr. Jesús Ramón Escajadillo.
- Sinusitis maxilar infecciosa crónica, manejada con Caldwell-Luc, bajo visión microscópica, revisión etmoidal anterior y revisión endonasal. 25 casos. 241
Dr. Eduardo López Demerutis y
Dr. Eduardo López Lizárraga.
- Angina de Ludwing asociada a SIDA. 247
Dr. Daniel Esquivel Bonilla y
Dr. Arcadio Sacre Rangel.
- Validación de la prueba de "un minuto" para la detección de hipoacusias en escolares. 251
Dr. Eduardo Montes de Oca Fernández,
Dr. José Antonio Rodríguez Díaz y
Lic. Cynthia Lucero Chavarria Contreras.
- Granuloma reparativo de células gigantes. Reporte de un caso y revisión del tema. 259
Dr. Mario Antonio Barrón Soto,
Dra. Luz Arcelia Campos Navarro y
Dra. Ma. del Rosario Alvarez Silva.
- Papilomatosis laríngea e interferón. 265
Dr. Fermín Frausto Araiza,
Dr. Juan Francisco Peña García,
Dr. Luis Butrón Pérez y
Dr. Manuel Lee Kim.
- Cartas al Director. 270
- Notas e informaciones. 271

1942

REVISTA DE LA FUNDACION DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS

FUNDACION DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS

WOMAN

Agencia de la Secretaría de Salud
Dr. Rafael García Paredes

La mujer es el elemento más importante de la familia y de la sociedad.

El cuidado de su salud es el primer deber de la familia.

El conocimiento de sus necesidades físicas y mentales es esencial.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

El conocimiento de su organismo y de sus funciones es el primer paso para su salud.

El estudio de su vida y de sus hábitos es el primer paso para su bienestar.

Página del director

Durante el Congreso Nacional efectuado en Ixtapa, recibí tres agradables sorpresas, en el campo de las publicaciones de material impreso de nuestra especialidad, producto del esfuerzo de otorrinolaringólogos mexicanos.

Por un lado, me fue entregada, como a todos los asistentes, el primer número de la Revista Otorrino, que edita el Dr. Javier Dibildox y que constituye el órgano de difusión científica de la Federación de Sociedades de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de la República Mexicana. El contenido, su formato y su presentación, con una bella portada, constituyen desde ahora un éxito editorial; si alguien sabe el gran esfuerzo que representa, hacer una revista, somos precisamente quienes de alguna manera intervenimos en la elaboración de una publicación periódica, Otorrino, desde su primer número, lo hace por todo lo alto y estoy seguro, que encontrará su lugar dentro de las publicaciones internacionales de la especialidad, desde aquí deseo enviar una cordial felicitación a su editor y a todos los colegas que están detrás de este esfuerzo, que contribuirá a que nuestra especialidad sea cada día mejor y tengamos más oportunidad de superarnos todos.

Durante el mismo evento conocí el libro titulado "Oídos, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello", escrito e ilustrado por el Dr. J. Ramón Escajadillo, editado por el Manual Moderno, este libro es un magnífico texto para estudiantes de nuestra especialidad, tanto de pregrado como de postgrado y hace una revisión profunda, ampliamente documentado, que sin ser enciclopedista analiza los diferentes capítulos de la especialidad, sin excluir los conceptos más modernos y controversiales. Los capítulos tratan todos los temas y al final de cada uno se propone una lista bibliográfica muy amplia, que incluye desde los textos y artículos clásicos hasta los más recientes. Es una publicación que bien vale ser recomendada a nuestros alumnos en la que comprenderán la extensión y el enfoque correcto y moderno de la otorrinolaringología y la cirugía de cabeza y cuello.

De la misma manera conocí la segunda edición del libro de Otoneurología Clínica editado por el Dr. Jorge Corvera y en esta ocasión coeditado por eminentes colegas iberoamericanos, que hacen del conocido libro del Dr. Corvera un nuevo texto, pues aunque conserva la esencia de su primera edición, cambia su formato, su presentación, y se ha reescrito en toda su extensión. El libro ha ganado en todos los aspectos, es mucho más didáctico y fácil de leer, incluye facetas nuevas del conocimiento y reduce en extensión capítulos, que creaban en el lector un cierto temor. Creo que el lector agradecerá todas las ventajas que ofrece, estoy seguro que se convertirá en un libro fundamental de estudio y consulta, y que además está en nuestro idioma. Sin temor a equivocarme, no existe un libro del tema en ningún otro idioma, con la claridad del que ahora se nos presenta.

Desde este espacio felicito a otorrinolaringología mexicana por estas tres publicaciones nacionales, que vienen a enriquecer a quienes tenemos la oportunidad de conocerlas y disponer de ellas. Para los autores el reconocimiento a su esfuerzo y agradecimiento por la oportunidad que nos dan a todos los que les leemos por transmitir sus conocimientos y permitiéndonos ser profesionalmente mejores cada día.

Dr. Rafael García Palmer
Director - Editor

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 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 relaciónelos 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.

Anote 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 sólo autor:

Levy-Pino VS Otorrinolaringología Pediátrica. 1a Ed. México: Interamericana, 1979:189-196.

Capítulo de un libro:

Schulmann, J.B. Traumatic diseases of the ear and temporal bone. En: Goodhill V., Ed. *Eardiseases. deafness*, Hngers 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.

La compresión microvascular de pares craneales, un reto de diagnóstico y tratamiento

Dr. Luis Alfonso de Jesús Ortiz Armenta*

Resumen: El concepto de la compresión microvascular de los pares craneales a nivel del ángulo pontocerebeloso, como causa de la neuralgia del trigémino o del espasmo hemifacial, ha sido ampliamente manejado durante las 2 últimas décadas y su tratamiento mediante la movilización microquirúrgica de asas vasculares ha ido ganando aceptación. Más recientemente se ha extendido dicho concepto a la compresión microvascular del VIII par craneal como causa de vértigo, asociado a hipoacusia y/o acúfeno, y aún es muy pronto para poder tener comprobación de la efectividad de la microdescompresión vascular para controlar la sintomatología vertiginosa.

Se presentan cuatro casos de compresión microvascular: un caso de compresión del nervio vestibular a nivel del conducto auditivo interno, manejado por la vía de la fosa media craneal; un caso de compresión del nervio trigémino, un caso de compresión del nervio facial y un caso de compresión del nervio cleo-vestibular a nivel del ángulo pontocerebeloso, manejados por la vía retrolaberíntica.

Summary: The microvascular compression of the cranial nerves within the cerebellopontine angle as a cause of the trigeminal neuralgia and hemifacial

* Departamento de Otorrinolaringología del hospital de San José de Monterrey.

spasm, has been widely documented in the last two decades, and its treatment with microvascular decompression techniques is now accepted. More recently, this concept has been extended to the VIII cranial nerve as a cause of vertigo with hearing loss and/or tinnitus but it is too early estimate the results.

We present four cases of microvascular decompression techniques: a case of a vascular loop within the internal auditory canal, treated through the middle fossa approach, a case of trigeminal neuralgia, a case of hemifacial spasm and a case of vertigo, that were treated through the retrolabyrinthine approach.

Palabras clave: Asa vascular, pares craneales, vía retrolaberíntica, compresión vascular.

Antecedentes Históricos

El concepto de la compresión de la raíz de los pares craneales por asas vasculares, ya sea arteriales o venosas, fue introducido por primera vez por el Dr. Dandy en 1934,¹ particularmente en la neuralgia del trigémino, sin embargo dicho concepto fue objetado por los neurocirujanos de su tiempo.

Posteriormente en 1959 el Dr. Gardner² nuevamente llama la atención de sus contemporáneos al reportar la descompresión vascular de la raíz del nervio trigémino para el

tratamiento de la neuralgia del mismo, con buenos resultados y en 1962 al describir la operación de descompresión vascular del nervio facial para el tratamiento del espasmo hemifacial^{3,4}. Sin embargo, dicho concepto fue nuevamente rechazado por los neurocirujanos de su época.

El advenimiento del microscopio quirúrgico agregó a las ventajas de los procedimientos quirúrgicos no solamente la microcirugía, sino también la posibilidad de documentar los hallazgos trans-operatorios mediante fotografía, cine y actualmente videocintas. Esta circunstancia fue altamente valorada por el Dr. Jannetta, a quién finalmente se le reconoció el concepto de la compresión microvascular de los pares craneales a nivel del ángulo pontocerebeloso en el caso de la neuralgia del trigémino⁵ y en el caso del espasmo hemifacial⁶, apareciendo en la literatura internacional reportes de diversos neurocirujanos como Rand⁷ y Apfelbaum⁸, con resultados similares a los del Dr. Jannetta con la descompresión microvascular del nervio trigémino y del nervio facial.

Más tarde en 1975, el Dr. Jannetta extendió su concepto de la descompresión microvascular al nervio cocleovestibular⁹ como causante de vértigo, hipoacusia y acúfeno, sin embargo a pesar de continuar reportando buenos resultados en la literatura internacional^{10,11}, incluso por otros autores^{12,13}, su teoría respecto de la compresión microvascular del nervio cocleovestibular no a tenido aceptación entre otorrinolaringólogos. Sin embargo, por otro lado en la literatura otorrinolaringológica, McCabe¹⁴ reporta la compresión vascular de los nervios vestibulares a nivel del conducto auditivo interno y Kenneth¹⁵ llama la atención sobre la necesidad de incluir la posibilidad de una asa vascular compresora en el diagnóstico diferencial de un neurinoma del acústico intracanalicular.

Material y Métodos

Entre 1982 y 1989 se realizaron 42 cirugías neuro-otológicas, repartidas de la siguiente forma: 35 abordajes de ángulo pontocerebeloso por la vía retrolaberíntica, de los que en 30 se realizó una neurectomía vestibular para el control del vértigo, en 2 se realizó una

descompresión microvascular del nervio cocleovestibular para el control del vértigo también, en 2 se realizó una descompresión microvascular del trigémino, para el tratamiento de la neuralgia del trigémino y en un caso se realizó descompresión del VII par para control del espasmo hemifacial. Los 7 casos restantes fueron abordajes del conducto auditivo interno para control del vértigo, mediante la sección de los nervios vestibulares superior e inferior, a través de la fosa media craneal.

De las 42 cirugías mencionadas, se seleccionaron 4 casos demostrativos de compresiones microvasculares causantes de patología del V, VII, VIII pares craneales, que son el objetivo de este trabajo y que se presentan a continuación:

Caso Clínico No. 1

Masculino de 39 años de edad, con desequilibrio constante de 5 años de evolución, asociado a vértigo en crisis, acúfeno derecho no pulsátil, constante e hipoacusia mínima ipsilateral. La exploración otoneurológica demostró alteración en la marcha punta-talón, Romberg positivo con ojos cerrados no nistagmus espontáneo o postural, pruebas de coordinación y metría, fondo de ojo y resto de pares craneales normales. Estudios audiológicos con hipoacusia neurosensorial mínima derecha, reflejo estapedial normal, electronistagmografía con paresia vestibular derecha.

T.A.C. de cráneo simple y con contraste I.V. normal.

Cisternopontografía gaseosa derecha, con bloqueo parcial del conducto auditivo interno derecho. Se le realizó el diagnóstico de probable neurinoma intracanalicular derecho.

Se realizó una exploración del conducto auditivo interno a través de la fosa media craneal, encontrando una asa vascular ocupando casi la totalidad del conducto auditivo interno (Figura 1), que se rechazó parcialmente hacia el ángulo pontocerebeloso, realizándose neurectomía de los nervios vestibulares superior e inferior, sin complicaciones. La evolución ha sido satisfactoria y a 4 años de su cirugía se encuentra libre de vértigo y con audición igual a la preoperatoria, sin embargo el acúfeno persiste de la misma intensidad.



Microfotografía trans-operatoria. Paciente No. 1. Nótese una gran asa vascular, ocupando la totalidad del conducto auditivo interno. Magnificación de 25 X.



Figura 2
Microfotografía trans-operatoria de la raíz del VII y VIII nervios craneales, a través de la vía retrolabérintica. Magnificación de 25 X. Caso clínico No. 2. Nótese el brillo causado por la pulsación de la pequeña arteriola sobre el tronco del VIII nervio craneal.

- a) Porción coclear del VIII par craneal.
- b) Porción vestibular del VIII par craneal.
- c) Nervio facial.
- d) Cerebelo.



Figura 3
Microfotografía trans-operatoria de la raíz del VII y VIII nervios craneales, a través de la vía retrolabérintica, Magnificación de 25 X. Caso clínico No. 2. Nótese el surco sobre las porciones coclear y vestibular del VIII nervio craneal, encontrado después de la descompresión microvascular de la pequeña arteriola y del asa vascular de la arteria cerebelosa anteroinferior.

- a) Porción coclear del VIII par craneal.
- b) Porción vestibular del VIII par craneal.
- c) Nervio Facial
- d) Cerebelo.

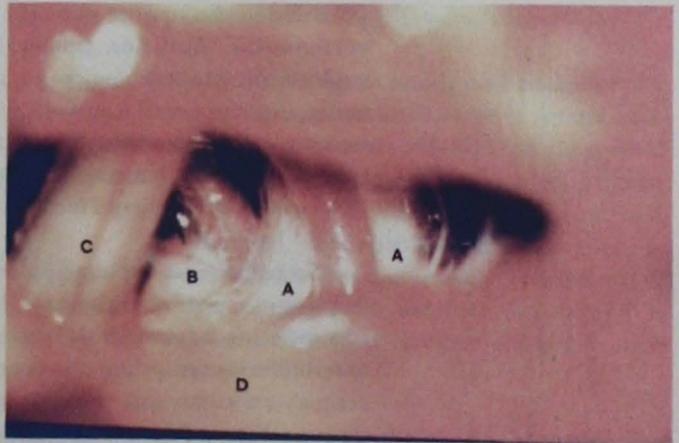


Figura 4
Microfotografía trans-operatoria de la raíz del V par craneal, a través de la vía retrolabérintica. Magnificación de 25 X. Caso clínico No. 3. Nótese el asa vascular de la arteria cerebelosa superior comprimiendo la raíz del V par craneal.

- a) V par craneal.
- b) Tallo cerebral.
- c) Tronco del VIII par craneal.
- d) Cerebelo.

Discusión

Aunque el diagnóstico inicial fue el de un neurinoma intracanalicular derecho, el hallazgo de una asa vascular dentro del conducto auditivo interno, es muy sugestiva de que la etiología del vértigo era una compresión de los nervios vestibulares por dicha asa vascular. Idealmente el tratamiento debiera de haber sido una descompresión microvascular, sin embargo dado que el campo microquirúrgico del conducto auditivo interno para realizar maniobras es muy reducido, no fue posible rechazar el asa vascular hacia el ángulo pontocerebeloso, por el peligro de causar daño a la microcirculación del nervio facial o coclear, por lo que se optó por realizar una neurectomía vestibular superior e inferior. Aunque se controló adecuadamente el vértigo, la persistencia del acúfeno podría asociarse a que el asa vascular continúa comprimiendo el nervio coclear.

Caso Clínico No. 2

Femenina de 28 años de edad, con historia de 2 años con crisis de vértigo asociado a náusea y vómito, acompañado de acúfeno constante, no pulsátil derecho, que se exacerba con las crisis vertiginosas. Audición bilateral normal. La exploración otoneurológica no reportó datos anormales. Los estudios audiológicos fueron normales y en la electronistagmografía se reportó paresia vestibular derecha. Se diagnosticó como Enfermedad de Mènière Fluctuante.

Se realizó una exploración retrolaberíntica del ángulo pontocerebeloso, habiendo encontrado una asa vascular de la arteria cerebelosa anteroinferior comprimiendo la raíz del VIII par craneal, así como una pequeña arteriola de la misma (Figura 2) cuyas pequeñas pulsaciones comprimían también en forma intermitente dicho nervio. La arteria y la arteriola fueron liberadas de sus adherencias aracnoideas y movilizadas del nervio, interponiendo entre éstos un fragmento de silastic. Si se analiza cuidadosamente la microfotografía trans-operatoria posterior a la movilización del asa vascular (Figura 3), se puede observar el surco dejado por el asa vascular sobre el nervio cocleovestibular, incluyendo tanto la región del nervio coclear como del nervio vestibular. La paciente

evoluciona adecuadamente y actualmente a 1 año 6 meses de su cirugía se encuentra libre del vértigo, con audición normal y sin acúfeno.

Discusión

La sintomatología clínica de esta paciente, era muy similar a la sintomatología típica de la enfermedad de Mènière, pero sin la comprobación funcional mediante las pruebas otoneurológicas, ello nos pudo haber orientado a pensar en una asa vascular compresora del nervio cocleovestibular, sin embargo el diagnóstico se pudo realizar en forma trans-operatoria. Es importante subrayar que en esta paciente no sólo se controló totalmente el vértigo conservándose la audición normal, sino que incluso el acúfeno desapareció, ello es altamente sugestivo de que la etiología de dicho acúfeno era también la compresión microvascular.

Caso Clínico No. 3

Femenina de 39 años de edad, con padecimiento de 4 años de evolución con dolor súbito de hemicara derecha intenso, en paroxismos cuya frecuencia e intensidad fueron en aumento, hasta hacerse incapacitante. La exploración otoneurológica fue normal, incluyendo los pares craneales y el fondo de ojo. Los estudios realizados fueron: audiometría tonal y fonémica, reflejo estapedial y electronistagmografía, T.A.C. de cráneo simple y con medio de contraste intravenoso, habiendo sido normales. Se diagnosticó como portadora de una neuralgia del trigémino y se manejó inicialmente con analgésicos comunes y carbamazepina, pero desafortunadamente el tratamiento médico resultó ineficaz para el control de los paroxismos dolorosos.

Se exploró el ángulo pontocerebeloso derecho a través de la vía retrolaberíntica y se encontró una compresión de la raíz del V par, causada por una asa vascular rama de la cerebelosa posteroinferior (Figura 4), la que se liberó de sus adherencias subaracnoideas y se movilizó de la raíz nerviosa, interponiendo un fragmento de silastic para evitar la recidiva. No hubo complicaciones y a 4 años de su cirugía se encuentra con audición normal y sin dolor facial.

Discusión

Nuevamente se comprobó en este caso, que las pulsaciones constantes de una asa vascular sobre la raíz del trigémino, producen un síndrome de hiperfunción del mismo, en este caso paroxismos dolorosos y que la micromovilización de dicha asa vascular, alterando las relaciones iniciales con el nervio comprimido, alivian la sintomatología.

Caso Clínico No. 4

Masculino de 52 años de edad, con cuadro de 10 años de evolución caracterizado por movimientos espasmódicos involuntarios de hemicara izquierda, que incluían la hendidura palpebral y la comisura labial de dicho lado, cuya frecuencia e intensidad causaban deshabilidad social al paciente. La exploración otoneurológica confirmó la presencia de movimientos involuntarios de tipo espasmódico del músculo orbicular del ojo izquierdo, con disminución de la apertura de la hendidura palpebral, así como movimientos espasmódicos involuntarios de la comisura bucal ipsilateral, siendo el resto de los pares craneales normales. Se estudió mediante politomografía de mastoides en Schuller y en Ap, así como con T.A.C. de cráneo simple y con contraste I.V. las que fueron normales. Electromiografía con abundantes potenciales polifásicos en reposo, pero con disminución de los potenciales durante la contracción máxima voluntaria. Se le diagnosticó espasmo hemifacial izquierdo.

Se realizó una exploración del ángulo pontocerebeloso izquierdo a través de la vía retrolaberíntica, habiendo encontrado una asa vascular de la arteria cerebelosa anteroinferior comprimiendo el nervio facial, a unos 3 mm de su raíz, dicha asa se liberó de la aracnoides y se movilizó del nervio facial, interponiendo un fragmento de silastic. Su evolución es satisfactoria, y a 5 años de su cirugía se encuentra con movilidad normal facial, ausencia de espasmos en reposo y con audición normal.

Discusión

El hallazgo de una compresión microvascular sobre el nervio facial con producción de un cuadro

hiperquinético y su control total mediante la interposición de un fragmento de silastic, es un argumento que apoya la etiología por compresión microvascular y sobre todo su control mediante la interposición de silastic. Esto es de importancia, ya que algunos autores afirman que el control del espasmo se debe a la manipulación microquirúrgica del nervio y no a la descompresión.

Conclusiones

- 1.- La compresión **intermitente** de un nervio a nivel del ángulo pontocerebeloso, causada por una **asa vascular**, produce síntomas específicos y de acuerdo con el nervio comprimido, ya sea el trigémino, el facial o el cocleovestibular, que pueden considerarse con síntomas **irritativos**.
- 2.- Hasta el momento no es posible **hacer** en forma **pre-operatoria el diagnóstico de una asa vascular compresora**, ya que los síntomas producidos son inespecíficos y las pruebas funcionales o los estudios radiológicos, no dan resultados determinantes, sino que únicamente nos sirven para descartar una tumoración de ángulo pontocerebeloso.
3. **La interposición de silastic** o de cualquier otro material no absorbible entre la arteria compresora y el nervio afectado, produce resultados definitivos, ya que el uso de gelfoam, músculo, tejido adiposo o cualquier otro material absorbible o biológicamente modificable pueden causar recidiva de la sintomatología, al volverse a producir la compresión microvascular del nervio afectado.
4. La vía retrolaberíntica nos permite **descomprimir adecuadamente los nervios craneales**, conservando la audición igual a la pre-operatoria y disminuyendo la morbimortalidad, al no tener que retraer el cerebelo.

Referencias Bibliográficas

1. *Dandi, W.E.*: Concerning the cause of trigeminal neuralgia. Am. J. Surg., 1934, 24: 447-445.

2. Gardner, W.J.; and Miklos, M.V.: Response of trigeminal to decompression of sensory root; discussion of cause of trigeminal neuralgia. J. Am. Med. Assoc. 1959, 170: 1773-1776.
3. Gardner, W.J.: Concerning the mechanism of trigeminal neuralgia and hemifacial spasm. J. Neurosurg. 1962, 19: 947-958.
4. Gardner, W.J., and Sava, G.A.: Hemifacial spasm. A reversible pathophysiologic state. J. Neurosurg. 1962, 19: 240-247.
5. Jannetta, P.J.: Arterial compression of the trigeminal nerve at the pons in patients with trigeminal neuralgia. J. Neurosurg. (Suppl.) 1967, 26: 159-162.
6. Jannetta, P.J.; Abbasy, M.; Maroon, J.C.; Ramos, F.M.; and Albin, M.S.: Etiology and definitive microsurgical treatment of hemifacial spasm: Operative techniques and results in 47 patients. J. Neurosurg., 1977, 47:321-328.
7. Rand, R.W. Editor.: Review of Jannetta microvascular decompression operation for hemifacial spasm. In: microneurosurgery, (Chapter 16). Rand, R.W. editor. (2nd. ed.) The C.V. Mosby Company. Saint Louis, 1978, 250-251.
8. Apfelbaum, R.I.; Kirk, M.; and Terra, A.M.: Microvascular decompression of the trigeminal nerve for the treatment of trigeminal neuralgia. J. Neurosurg. 1978, 10:77-82.
9. Jannetta, P.J.: Neurovascular Cross-Compression in patients with hyperactive dysfunction symptoms of the eighth cranial nerve. Surg. Forum. 1975, 26:467-469.
10. Jannetta, P.J.: Neurovascular cross-compression of the eighth cranial nerve in patients with vertigo and tinnitus. In: The cranial nerves: anatomy, pathology, pathophysiology, diagnosis and treatment. Samii, M., and Jannetta, P.J. eds. Springer Verlag. New York. 1981, 484-493.
11. Jannetta, P.J.; Moller, M.B.; and Moller, A.R.: Disabling positional vertigo. New Eng. J. Med. 1984, 310:1700-1705.
12. Leclery, T.A., and Hill, Ch. L.: Retromastoid microsurgical approach to vascular compression of the eighth cranial nerve. Laryngoscope. 1980, 90: 1011-1017.
13. Bertrand, R.A.; Molina, P. and Hardy, J.: Vestibular syndrome and vascular anomaly in the cerebello-pontine angle. Acta Otolaryngol. 1977, 83:187-194.
14. McCabe, B.F. and Harker, L.A.: Vascular loop as a cause of vertigo. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1983, 192:542-543.
15. Brookler, K.H. and Hoffman, R.A.: Acoustic neuroma or vascular loop? A.J. Otolaryngol.: Vol. 1 No. 1:32-36.

Insuficiencia respiratoria secundaria a carcinoma laríngeo y bocio tóxico difuso

Dr. Jesús Ramón Escajadillo

Resumen: Se sabe que enfermedades tanto benignas como malignas de la glándula tiroides pueden afectar a las vías aéreas superiores a 4 niveles: supraglótico, glótico, subglótico y traqueal. Sin embargo, su asociación con tumores primarios malignos de la laringe es relativamente rara, siendo más frecuente apreciar que estos últimos infiltran a la glándula tiroides. Presentamos el caso de un paciente que desarrolló insuficiencia respiratoria aguda secundaria a una tumoración translótica laríngea asociada a una compresión traqueal externa producida por un gran bocio tóxico difuso.

Summary: It is a known fact that both benign and malignant diseases of the thyroid gland can affect the upper airways at 4 levels: supraglottic, glottic, subglottic, and tracheal. However, they are seldom associated with malignant primary tumors of the larynx; they more commonly infiltrate the thyroid gland. We present a case in which the patient developed acute respiratory insufficiency secondary to a laryngeal translottic tumor associated with an external tracheal compression due to diffuse toxic goiter.

Palabras clave: Tiroides, laringe, tumores malignos, bocio.

Centro Médico Alpha. Tijuana, B.C.

Introducción

Se sabe que el 30 al 35% de los pacientes con patología tiroidea presentan cierto grado de obstrucción ventilatoria, la cual varía desde grados moderados de compresión traqueal hasta el desplazamiento de esta estructura con o sin compresión, y/o infiltración de la tráquea y laringe, con afección de la función laríngea desde el punto de vista neurogénico (nervio laríngeo recurrente).

De 378 pacientes estudiados por el autor¹ con tumores premalignos y malignos de la laringe, 22 casos, sobre todo de tumores glóticos y superglóticos, se asociaron a cuadros de insuficiencia respiratoria aguda que requirieron del empleo de láser con CO₂ con la intención de disminuir el tamaño de la tumoración y dar un aumento del lumen laríngeo.

Presentamos el caso de un paciente que desarrolló insuficiencia respiratoria secundaria a una tumoración translótica laríngea asociada a una compresión traqueal externa producida por un gran bocio tóxico difuso.

Presentación del Caso

Se trata de paciente del sexo femenino de 62 años de edad con historia de bocio tóxico difuso de 2 años de evolución. Refiere disfonía de 4



Figura 1
Fotografía que muestra la franca asimetría del cuello debido a una gran tumoración tiroidea difusa; asimismo, se aprecia en la línea media un ganglio delfiано.

meses de evolución, a la que se agrega disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos y disfagia a alimentos sólidos de un mes. Entre sus antecedentes de importancia se encuentra el tabaquismo, con 6 a 7 cigarrillos diarios.

La paciente fue referida a nuestro servicio por presentar un cuadro de insuficiencia respiratoria con disnea marcada, presencia de tiros intercostales y retracción esternal, así como estridor inspiratorio.

La exploración del cuello mostró una asimetría marcada debido a un gran aumento de tamaño de la glándula tiroidea en forma difusa en el istmo tiroideo. Aparecía un ganglio delfiано (ver Figura 1). El resto de la exploración del cuello fue negativa.



Figura 2
Aspecto de la técnica quirúrgica durante la realización de la tiroidectomía y laringectomía totales. Nótese la amplia incisión en forma de U en el cuello.

La laringoscopia indirecta reveló una tumoración transglótica que abarcaba la cuerda vocal izquierda, banda ventricular, repliegue ariteno-epiglótico izquierdo, así como a la porción infrahioidea de la epiglótis, extendiéndose hasta la valécula izquierda.

Por debajo de la glotis se llegaba a apreciar una protusión hacia la derecha del lumen a nivel del primer y segundo anillos traqueales, pero sin evidencia de tejido tumoral o de granulación.

Se realiza una laringoscopia directa con excisión parcial de la tumoración. La biopsia se reportó como un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Este podamiento del tumor permitió obtener un mejor lumen laríngeo y, aunque persistió la disnea, así como un estridor inspiratorio, se pudo programar la paciente quirúrgicamente para una laringectomía con tiroidectomía totales (ver Figura 2).

Las pruebas funcionales de tiroides mostraron T_3 -31.36 (NL - 25 - 37%), T_4 - 23.0 (NL - 4.5 - 12.5 mcg/dl), T_7 - 7.21 (NL - 1.19 - 4.7 u/dl), TSH - 0.2 (NL - 0 - 4.6 mg/dl), empleando con ello en forma pre-operatoria Iodogenol, propanolol y tapazol.

Se realiza una laringectomía con tiroidectomía totales, resecaando, además, 4 cm de tejido de la base de la lengua.

El post-operatorio fue satisfactorio. A la 4a. semana se da Rx post-operatoria, 50 Gy., y hasta el momento, 15 meses después de la cirugía, no existe evidencia de recurrencia tumoral.

Comentario

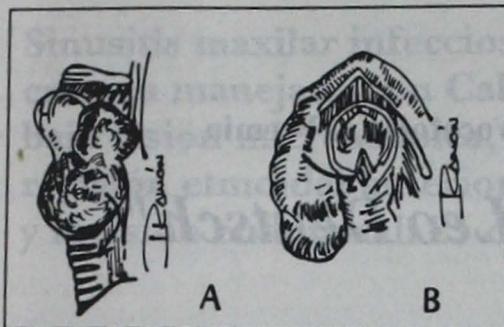
Se sabe que tanto enfermedades benignas como malignas de la glándula tiroidea pueden afectar a las vías aéreas superiores a 4 niveles: supraglótico, glótico, subglótico y traqueal. La naturaleza de la afección varía y puede tomar la forma de una compresión de grado moderado, con o sin infiltración de la tráquea y la laringe, o bien tan sólo desplazar a la tráquea, afectando o no al nervio laríngeo recurrente. (Ver Figura 3).

Se sabe que el carcinoma de tiroides de

Figura 3

a) Tumoración tiroidea que envuelve a la tráquea y a la membrana cricotiroides.

b) Corte transversal en donde se aprecia una compresión traqueal con infiltración subglótica de la tumoración.



invasión laringotraqueal en el 7% de los casos,^{2,3} y, a diferencia de la patología benigna que tiende a comprimir o a desviar lateralmente a la tráquea, sobre todo cuando hay un crecimiento glandular importante, aunque Batsakis³ ha reportado en una revisión de la literatura (115 casos) de tejido tiroideo benigno que había invadido a la vía aérea, predominando en el sexo femenino, y en áreas con bocio endémico. En estos casos, la afección predomina sobre la pared postero-lateral izquierda de la subglotis.⁴

La obstrucción respiratoria es la causa inmediata de muerte en la mayoría de los pacientes que fallecen de cáncer tiroideo. Por lo general, la obstrucción es el resultado de una combinación de parálisis de una o ambas cuerdas vocales, y una compresión extrínseca de la vía aérea o, en forma menos frecuente, a una masa intraluminal.

En el caso clínico presentado, la insuficiencia respiratoria fue el resultado de dos factores, el primero tumoral, el cual disminuía el lumen laríngeo, y el segundo de tipo compresivo traqueal secundario al bocio tóxico nodular.

La asociación del bocio nodular con carcinoma tiroideo fluctúa entre 5 y 12%, por lo que siempre deberá estudiarse el espécimen removido en forma quirúrgica. Dicha asociación debe sospecharse aún más cuando exista infiltración laríngea o afección del nervio laríngeo recurrente.⁵

Por último como indica Chonkich⁶, se sugiere la realización de una tiroidectomía total en enfermedad tiroidea difusa o que afecta en forma extensa a ambos lóbulos, debido a la posibilidad de recurrencia posterior a una tiroidectomía subtotal y a la alta incidencia de complicaciones que pueden presentarse durante una segunda cirugía de tiroides y, como lo ha señalado Athie⁷ y Perzik⁸, a

medida que el cirujano va adquiriendo una mayor experiencia, no deberá encontrarse una diferencia significativa en cuanto al desarrollo de hipoparatiroidismo permanente al comparar una tiroidectomía subtotal con una total.

Aunque es más común observar una invasión del tejido tumoral laríngeo a la glándula tiroidea, el lector deberá pensar también en la posibilidad de patología primaria tiroidea asociada, como en el caso descrito.

Referencias Bibliográficas

1. Annyas, A.A.; Overbeek, J.J.M. van; Escajadillo, J.R.; Hoeksema, P.E.: CO₂ laser in malignant lesions of the larynx. *Laryngoscope* 1984, 94:836-838.
2. McCaffrey, T.V.; Lipton, R.J.: Thyroid carcinoma invading the upper aerodigestive system. *Laryngoscope* 1990, 100:824-830.
3. Batsakis, J.G.: Laryngeal involvement by thyroid disease. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1987, 96:718-719.
4. Randolph, J.; Grunt, J.A.; Vawter, G.F.: The medical and surgical aspects of intratracheal goiter. *N. Engl. J. Med.* 1963, 268:457-461.
5. Lawson, V.G.: The management of airway involvement in thyroid tumors. *Arch. Otolaryngol.* 1983, 109:86-90.
6. Chonkich, G.D.; Petti, G.H.; Goral, W.: Total thyroidectomy in the treatment of thyroid disease. *Laryngoscope* 1987, 97:897-900.
7. Attie, J.N.; Khafif, R.A.: Preservation of parathyroid glands during total thyroidectomy. *Am. J. Surg.* 1975, 130:399-404.
8. Perzik, S.L.: The place of total thyroidectomy in the management of 909 patients with thyroid disease. *Am. J. Surg.* 1976, 132:480-483.

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 Otorrinolaringología Mexicana".
- 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 residencias 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. 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 períodos 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.
- 7.- El jurado del premio será el Comité de Redacción de la Revista, los resultados serán inapelables.
- 8.- Los participantes podrán ser de cualquier nacionalidad.
- 9.- 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

Sinusitis maxilar infecciosa crónica manejada con Caldwell-Luc bajo visión microscópica, revisión etmoidal anterior y revisión endonasal. 25 casos.

Dr. Eduardo López Demerutis*

Dr. Eduardo López Lizárraga**

Resumen: En este estudio se analizaron 25 pacientes que acudieron a la Unidad de Otorrinolaringología S.C. atendidos de sinusitis maxilar infecciosa crónica cuyo tratamiento convencional había fracasado y necesitaron de instrumentación quirúrgica para su solución. 17 de ellos fueron hombres (68%) y 8 mujeres (32%). El promedio de edad fue de 32.9 años.

El tiempo de evolución promedio de la enfermedad fue de 44.64 meses. A todos se les realizó Caldwell-Luc bajo visión microscópica, revisión etmoidal anterior y revisión endonasal (C.L.V.M.R.E. y E) hasta lograr la rehabilitación del meato medio.

Doce estuvieron afectados del seno maxilar derecho, 5 del izquierdo y 8 bilateralmente. Con afección severa de celdillas etmoidales anteriores 6 pacientes sin haberse demostrado con rayos X previamente. 16 pacientes con obstrucción nasal por hiperplasia turbinal inferior.

Todos mostraron notable mejoría postquirúrgica en cuanto a sintomatología, obstrucción nasal, cefalea, dolor periorbitaria y controles radiográficos ($p = -0.01$).

* Residente del Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Especialidades, Centro Médico de Occidente, IMMS. Guadalajara, Jal. México.

** Jefe del Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Especialidades, Centro Médico de Occidente, IMSS. Guadalajara, Jal. México.

Los factores predisponentes fueron en orden de frecuencia: Anomalías anatómicas, rinitis alérgica, rinitis vasomotora, y un caso sin factor demostrable.

Estadísticamente la alta mejoría y la baja morbilidad nos dice que el C.L.V.M.R.E. y E. es un procedimiento útil para la solución de la entidad nosológica llamada sinusitis maxilar infecciosa crónica.

Summary: On this trial we work with 25 patients that they had been seen at the Unidad de Otorrinolaringología S.C., their sickness was chronic maxillar sinusitis and their standard treatment was failed and they needed surgical procedures for their solution. 17 were males (68%) and 8 females (32%). The age average was of 32.9 years.

The evolution time average of the sickness was of 44.64 months. All the patients were treated with Caldwell-Luc under microscopic vision; checking anterior ethmoides and checking the endonasal approach (C.L.V.M.R.E. y E.), until we can get the normal function of medium meatus.

Twelve were affected of right maxillar sinus, 5 of left maxillar sinus and 8 bilaterally. Affecting severely anterior ethmoides without have been shown with x-ray previously 6 patients. 16 patients with nasal obstruction due to inferior turbinal hiperplasia.

All shown remarkable improvement postchirurgical about symptomatology, nasal obstruction,

headache, periorbitarius pain and radiographic controls ($p = 0.01$).

The predisponent agents were in frequency order: Anatomic anomalies, allergic rhinitis, vasomotor rhinitis, and in one case without demonstrable agent.

Statistically the high improvement rate and the low morbidity rate says that the C.L.V.M.R.E. y E. is an unseful procedure for the solution of the chronic maxillar infectious sinusitis.

Palabras clave: Sinusitis, Caldwell Luc, Etmoidectomía.

Introducción

Es por demás sabido el gran número de casos de sinusitis maxilar infecciosa que inciden la patología en nuestro medio.

Ya que la sinusitis maxilar puede ocurrir después de las infecciones respiratorias virales, tendiendo a recidivar si hay factores predisponentes: Anomalías anatómicas, meato estenosado (hiperplasia turbinal), pólipos nasales, rinitis alérgica, rinitis vasomotora, y sinusitis frontal o etmoidal cuyos detritus drenan hacia el seno maxilar.¹ Las bacterias más frecuentes son H. influenzae, S. pneumoniae y S. aureus. También es común que se cultiven gérmenes anaerobios en el seno maxilar con infección crónica.

Los síntomas más comunes son dolor en las regiones afectadas, cefalea, alteraciones del olfato, y obstrucción nasal, y rinorrea mucopurulenta posterior.^{2,3}

A la exploración encontramos mucosa nasal hiperhémica y húmeda asociada a mocosos.

La transiluminación nos dará un seno velado y las radiografías de senos paranasales (partes blandas) en posiciones de Waters, Caldwell y lateral son muy valiosas por mostrarnos niveles hidroaéreos y engrosamientos de la mucosa. El antro se comporta de la misma manera que un absceso mal drenado en el que la infección e inflamación se resuelven con lentitud y tienden a recidivar si no se le trata debidamente. En con-

secuencia el tratamiento inicial debe de ser de una a tres semanas de antibioticoterapia. Si no hay resolución de la patología, está indicada la exploración quirúrgica del seno.⁴

Se tienen 4 alternativas quirúrgicas:

1. Caldwell-Luc
2. Microcirugía endonasal
3. Cirugía endoscópica
4. Caldwell-Luc bajo visión microscópica, revisión etmoidal anterior y revisión endonasal. (Diseñada por nosotros).

La técnica quirúrgica que ahora presentamos contiene algunos aspectos de las anteriores y varias ventajas:

La buena visualización, el posible abordaje al etmoides tanto por vía nasal como antral y la buena observación de la cavidad endonasal con la posibilidad de resecar la cola del cornete medio.

Técnica de Caldwell Luc bajo visión microscópica, revisión etmoidal anterior y revisión endonasal

Previa anestesia local o general y asepsia de la región se practica incisión a nivel de la fosa canina, después de la cual se desperiostiza con el elevador de Cottle en un segmento no mayor de 2 cm. Procediéndose a introducir una gasa del " 3 " húmeda y desbarataada, continuando con ella la desperiostización en toda la región correspondiente al seno maxilar y utilizando la gasa como protector para no lesionar el nervio infraorbitario. Después se procede a realizar una ventana en la cara anterior del seno con cincel o fresa cortante. En el primer caso se regulariza con pinza de Kerryson procurando que sea del menor tamaño posible; se profundiza hacia arriba y adentro hasta visualizar correctamente el orificio del seno maxilar. Una vez visualizada la cavidad antral se procede a disecar la mucosa hiperplásica o granulomatosa; eliminándola hasta dejar perfectamente limpias las paredes óseas del seno. La posterior epitelización se llevará a cabo por la ventana antronal. A continuación se revisa el agujero del seno maxilar a través del antro y posteriormente a través de la fosa nasal, siendo

esto ya bajo visión microscópica. Acto seguido, se procede a eliminar la mucosa que obstruye el orificio que comunica el seno maxilar con el etmoides anterior, con la ayuda de la pinza de Prades, siendo esto relativamente fácil y seguro, dado el control microscópico.

Realizamos ventana nasoastral como en la técnica clásica y se revisa la cola del cornete inferior, reseccándola si se encuentra hiperplásica. Colocamos taponamiento nasal, drenaje a través de la antrotomía y por último se procede a suturar. Una vez que se domina la técnica, es notable la sencillez y seguridad que da la visión microscópica en pasos que antiguamente eran realmente complicados de llevar a cabo.^{5,6}

Material y Métodos

Los pacientes que tomaron parte en esta investigación fueron en número de 25 (En estricto orden cronológico desde su ingreso a la Unidad de Otorrinolaringología S.C., Guadalajara, Jalisco, México).

A todos se les realizó historia clínica completa, se les pidió llenaran una hoja de encuesta para tabular los datos obtenidos en el interrogatorio misma que también llenaron 3 meses después del tratamiento quirúrgico; este lapso de tiempo se consideró suficiente para valorar los resultados de la operación.

Se les solicitaron también exámenes de laboratorio generales pre-operatorios de rutina.

Estudios radiológicos de senos paranasales en posición de Caldwell, Waters, lateral de cráneo, PA de tórax y valoración cardiológica.

Los estudios radiográficos de los senos paranasales fueron analizados antes y 3 meses posteriores al procedimiento quirúrgico.

A los especímenes producto de la cirugía se les envió a examen histopatológico bajo microscopía de luz para confrontarlos con los resultados clínico-radiológicos.

El método quirúrgico utilizado fue el Caldwell-Luc bajo visión microscópica con revisión etmoidal y endonasal.

Resultados

Fueron valorados 25 pacientes, 17 de ellos hombres, constituyendo el 68%, y 8 mujeres, constituyendo el 32%. (Tabla I).

El promedio de edad fue de 32.9 años con una desviación estándar de 16.28 años.

A esta información se le aplicó la prueba de la chi cuadrada, obteniendo 1.72 j con una $p=0.50$.

El tiempo de evolución promedio de los pacientes fue de 44.64 meses con una desviación estándar de 68.20 meses. El resultado de la cédula llenada por el paciente en cuanto a la calificación subjetiva de su sintomatología es por orden de intensidad: Obstrucción nasal, cefalea y dolor periorbitario, iniciando con:

Obstrucción nasal.- El promedio prequirúrgico fue de 7.08 con una desviación estándar de 4.12. El promedio post-quirúrgico fue de 1.36 con desviación estándar de 1.65.

Se analizó mediante la T pareada resultando $p=0.01$.

En la cefalea: el promedio pre-operatorio fue de 6.84 en una escala de 1 al 10 (siendo el 10 la máxima intensidad de dolor). El promedio post-operatorio a los 2 meses de la cirugía fue de 0.4 con una T pareada de 142.48 equivalente a $p=0.01$.

Dolor periorbitario.- Fue valorado utilizando los parámetros anteriores, tomando 10 como máximo y 0 como ausente. Con una medida aritmética de 0.2 con una desviación estándar de .42. Se le aplicó la T pareada con un resultado de $p=0.01$.

A los resultados radiográficos: Se les aplicó una cédula objetiva valorada por el médico en base a la opacificación de los senos maxilares. Siendo 10 el grado máximo de opacificación y el 0 el mínimo. En algunos pacientes la suma fue mayor de 10, dado que cada seno fue valorado por separado. El promedio por paciente prequirúrgico fue de 14.24 con una desviación estándar de 0.79. Se aplicó la T pareada obteniendo $p=0.01$.

Tabla 1

Concentrado de valores resultados

- A.- Número de paciente.
- B.- Sexo
- C.- Edad
- D.- Tiempo de evolución
- E.- Escala subjetiva (E.S) de obstrucción nasal prequirúrgica
- F.- E.S.obstrucción nasal post-quirúrgica
- G.- E.S. Cefalea pre-Qx.
- H.- Es de cefalea Post-Qx.
- I.- E.S. dolor periorbitario pre-Qx.
- J.- E.S. dolor periorbitario post Qx.
- K.- Escala objetiva de valoración Rx pre-Qx
- L.- Escala objetiva valoración Rx post-quirúrgica.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	M	23	12	6	0	10	0	5	0	10	0	
2	F	9	36	5	2	8	2	2	0	15	0	
3	M	14	36	0	0	6	0	3	0	15	0	
4	F	15	4	4	0	5	0	6	0	10	0	
5	M	29	24	7	0	6	0	0	0	15	0	
6	M	33	15	6	0	4	0	4	0	10	0	
7	M	51	24	6	1	6	0	0	0	20	0	
8	M	50	36	10	1	0	0	1	0	15	0	
9	F	21	24	6	0	7	0	0	0	15	0	
10	M	25	24	10	0	8	0	10	2	20	0	
11	M	49	6	8	1	4	0	3	1	5	1	
12	M	67	3	8	0	4	1	0	0	10	2	
13	M	19	12	10	0	6	0	6	0	15	0	
14	M	30	240	10	0	10	0	0	0	20	0	
15	M	56	6	10	1	7	0	5	0	10	3	
16	F	20	1	9	4	5	2	8	0	10	0	
17	M	17	12	10	6	8	2	5	1	20	0	
18	M	35	1	6	3	10	0	0	0	10	1	
19	F	35	18	10	5	8	3	7	0	10	0	
20	F	36	10	9	0	0	0	9	0	20	0	
21	M	43	36	10	0	7	0	8	0	20	0	
22	M	24	24	9	2	6	0	8	0	10	1	
23	F	20	12	10	1	10	0	6	0	15	0	
24	M	68	180	8	0	10	0	5	2	15	2	
25	F	35	48	8	3	10	0	0	0	15	0	

Los pacientes que estuvieron afectados del seno maxilar derecho fueron 12 (48%), del izquierdo 5 pacientes (12%), y bilateral 8 pacientes (32%). Los pacientes que tuvieron afección severa del seno etmoidal fueron 6, constituyendo el 24%. 16 pacientes tuvieron franca obstrucción nasal por hiperplasia turbinal, practicándoseles resección de la cola del cornete constituyendo el 64%.

Los agentes causales encontrados en el cultivo fueron: Streptococo pneumoniae en 7 pacientes constituyendo el 28% de la población, el Staphilococos aureus en 9 pacientes, constituyendo el 36% y Haemophyllus influenzae en 4 pacientes significando el 16%; en 5 pacientes 20%, los cultivos fueron negativos o las bacterias encontradas fueron no patógenas (existe la posibilidad de que hubiera algún anaerobio en los cultivos, ya que no se practicaron cultivos específicos para estos).

En la distribución de factores predisponentes un 65% lo ocuparon las anomalías anatómicas (desviaciones rinoseptales) rinitis alérgica 23%, rinitis vasomotoras, 2 pacientes 7.69% y sin factor predisponente conocido 1 paciente 3.84%.

En esta ocasión la suma es mayor que 25, debido a que algunos pacientes presentaron más de un factor predisponente. Hubo un paciente con quiste de retención en ambos senos maxilares representando el 4% de la población.

Otro paciente con mucocele infectado, y otro más con un pólipo mucoso inflamatorio, siendo los diagnósticos hallazgos quirúrgicos comprobados por estudio histopatológico.

Conclusiones

La alternativa que nos muestra el Caldwell-

Luc bajo visión microscópica, revisión etmoidal anterior, y endonasal nos procura varias ventajas: buena observación de todo el antro, posibilidad de acceso al etmoides anterior, revisión del meato medio y la observación del cornete inferior. En muchas ocasiones como ya hemos demostrado una sinusitis maxilar radiológica observada en una radiografía convencional entraña una etmoidal, circunstancia que si no se toma en cuenta, no mejorará la sintomatología del paciente.

La hiperplasia de la mucosa nasal a nivel del cornete inferior frecuentemente es responsable de un alto porcentaje de las obstrucciones nasales o de la mala ventilación sinusal por obstrucción del meato, lo cual también toma en cuenta nuestro procedimiento. El dolor preorbitario se encuentra en relación estrecha con la tumefacción etmoidal.

Los pacientes con obstrucción nasal severa tuvieron franca mejoría al realizarles el corte de la cola de los cornetes inferiores.

No hubo complicaciones.

Es nuestro objetivo recalcar que la salud de los senos paranasales se encuentra en rehabilitar la fisiología del meato medio y de la nariz en general.

Estadísticamente la alta tasa de mejoría y la baja morbilidad nos señala que el Caldwell-Luc bajo visión microscópica, revisión etmoidal y revisión endonasal es un procedimiento útil para la solución de la entidad nosológica llamada sinusitis maxilar infecciosa crónica.

Referencias Bibliográficas

1. *Rice Dale. H.*: Técnicas quirúrgicas básicas y variantes de la cirugía endoscópica de senos paranasales. Clínicas otorrinolaringológicas de Norteamérica vol.4 pág. 679-92. Interamericana 1989.
2. *Eichel. B.S.*: The medical and surgical approach in management of the unilateral opacified antrum. *Laryngoscope* 87:735.1975.
3. *Vogel K.*: Rhinitis chronica simplex und hyperplastica. In *Handbuch der Hals-Naser-Oh-*

renheil Kurde. 11 55-6-03. Ed. by Den Ker a Kahler Springo-Bergman. Berlinand Munchen 1926.

4. *Paparella-Schumrick*: Sinusitis, Otorrinolaringología. Ed. Panamericana. p. 1958-1960.
5. *López Lizárraga E.*: El tratamiento quirúrgico de la sinusitis infecciosa. Congreso Mexicano de Otorrinolaringología. Mayo 1990.
6. *Nabry R.L.*: Inferior turbinate surgery reconsidered. New Horizons Schering. Marzo 1990 pag. 4-9.

XLII CONGRESO NACIONAL SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

M O R E L I A M I C H O A C A N

1 AL 5 DE MAYO DE 1992

!!! NO FALTES!!!

!!! INSCRIBETE DESDE AHORA !!!

"Angina de Ludwing asociada a SIDA"

Dr. Daniel Esquivel Bonilla *

Dr. Arcadio Sacre Rangel **

Resumen: En 1836 Wilhelm Frederick Von Ludwing descubrió una induración gangrenosa bilateral del tejido conectivo cervical y piso de la boca, la cual causaba la muerte. Debido a la utilización de los antibióticos desde la década de los cuarentas, la mortalidad de la angina de Ludwing se ha reducido en un 60%.

Se presenta un caso de angina de Ludwing asociada a SIDA, en paciente masculino de 27 años de edad con diagnóstico primario de absceso de origen dental de 7 días de evolución post-cirugía del 3er. molar inferior derecho cursando con dolor y aumento de volumen submandibular bilateral, motivo por el cual fue transferido al Centro Hospitalario "20 de Noviembre" donde se establece el diagnóstico de Angina Ludwing.

Refiere haber tenido relaciones homosexuales durante 3 años, por lo que se practica la prueba de Elisa, obteniéndose un resultado positivo se cataloga como paciente de alto riesgo y se decide internarlo para un mejor control y tratamiento.

* Residente de tercer año de la especialidad de cirugía Maxilofacial del Hospital Regional 20 de Noviembre ISSSTE México D.F.

** Adscrito al servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico Neurológico Irapuato, Gto.

Summary: A case of Ludwing angina associated to Acquired Immunodeficiency Disease is reported, The abscess of dental origin appearing seven days after third molar extraction. The diagnosis of AIDS is suspected because of three years of homosexual relations and confirmation by the E.L.I.S.A. laboratory test. The author presents a discussion about treatment as well as bibliography.

Palabras clave: Angina de Ludwing, SIDA.

Introducción

En 1836 Whilhelm Frederick Von Ludwing describió una induración gangrenosa bilateral del tejido cervical y piso de la boca, la cual causaba la muerte.¹

El nombre adoptado para esta infección es en memoria al médico que la describió originalmente y cuenta con una potencialidad de consecuencia mortal. Angina es derivada del latín *angere* que significa estrangulación ocasionada por una inflamación generalizada purulenta acompañada de obstrucción respiratoria y muerte (Ludwing 1836).² Debido a la utilización a los antibióticos en los cuarentas; la incidencia de mortalidad de la angina de Ludwing reduce considerablemente a un 60%.

Desde 1945 se han reportado 141 casos con una edad media de 29 años, 25 pacientes fueron menores de 19 años y sólo 6 pacientes fueron mayores de 65 años, la relación hombre mujer es de 3-1.

La información sobre los posibles factores etiológicos fueron estudiados sobre 116 pacientes desde 1945; en el 85% de los pacientes fue por dolor dental o extracción dental reciente por caries.

Otros factores que se incluyen son fracturas mandibulares, laceraciones orales, y trauma secundario a intubación Broncoscopia.³

El 85% de los pacientes del padecimiento, se reportan sanos y el 15% restante presentan enfermedades concomitantes como:

diabetes mellitus	7 Pacientes
alcoholismo	6 Pacientes
tratados con esteroides	5 Pacientes
neutropenia	2 Pacientes
glomerulonefritis	1 Paciente
desnutrición	1 Paciente

Los estudios radiográficos de cuello demuestran inflamación en tejidos blandos y en los cultivos el 50% de los casos se aíslan más de un organismo, siendo las especies más comunes *Streptococo Beta Hemolítico* y *Estafilococo Aureus*, y también hay cultivos que resultaron negativos.⁴

El manejo agresivo con mantenimiento de vías aéreas permeables, antibioticoterapia y en algunos casos la debridación quirúrgica, hace que la mortalidad, ha disminuido hasta 60%.^{5,6,7,8,9}

Presentación del Caso

Paciente masculino de 27 años de edad que se presenta al servicio de cirugía Maxilo Facial del C.R. 20 de Noviembre del ISSSTE, con diagnóstico de absceso origen dental, de 7 días de evolución, con cuadro caracterizado por dolor y aumento de volumen submandibular bilateral post-cirugía del inferior derecho (Figura 1).

Durante el interrogatorio refiere el antecedente de haber mantenido relaciones

homosexuales durante tres años. Hasta la fecha de su internamiento desde hace un mes se ha presentado diarrea y pérdida de peso de 8 Kg, el cuadro clínico se inicia con dolor en el tercer molar inferior derecho, por lo que se acude a su médico en su lugar de trabajo, donde se le realiza extracción del tercer molar inferior derecho, a las 48 hrs, presenta aumento de volumen de la región mandibular derecha con aumento progresivo del volumen de la zona, notándose al tercer día en forma bilateral principalmente hacia la región submandibular. Al cuarto día se decide internar en una clínica particular, donde es tratado con diferentes antimicrobianos, y realizándose además tres incisiones en ambas regiones submandibulares así como la supraclavicular izquierda, de aproximadamente 9 cm de extensión. Fue transferido al Centro Regional 20 de Noviembre del ISSSTE después de 7 días encontrando al momento de su admisión heridas infectadas y edema generalizado de cara y cuello, involucrando hemitórax izquierdo, encontrándose afectadas las regiones submandibular, submentoniana y sublingual bilateralmente, (Figura 2), así como dificultad respiratoria y salida de material serohemático y purulento por boca y heridas, haciéndose el diagnóstico de Angina de Ludwig, tanto por el servicio de cirugía maxilofacial como por el de otorrinolaringología, ha cursado con hipertemia de 39.5 °C constante de 4 días de evolución no controlada, y al realizar la prueba de Elisa resulta positiva, por lo que se interna de inmediato para su control infeccioso y ser tratado como paciente de alto riesgo.

El paciente se manejó con técnica de aislamiento, aporte adecuado de líquidos, incisiones intra y extraorales, antibioticoterapia, siendo su evolución satisfactoria, por lo que se da de alta.

Discusión

La mortalidad hasta ahora reportada en la Angina de Ludwig es de un 50%.^{5,6} Sin embargo es de esperarse que si la angina se presenta en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sea en porcentaje más alto, el que aumentará aún más si no se diagnostica y trata en forma adecuada,^{9,10} agregando al manejo medidas específicas en un paciente en el que la



Figura 1
Paciente al Ingreso en el
servicio de urgencias.



Figura 2
Paciente intervenido con
fasciotomía modificada.

inmunidad celular está disminuida o perdida.

La ruta de tratamiento se establece evitando la contaminación del paciente con sus propias secreciones, y manejando los tejidos y líquidos corporales con técnica de aislamiento. El aporte calórico se cuantifica considerando la necesidad de mayor aporte durante la infección y también las investigaciones que indican que en el paciente con inmunodeficiencia el proporcionar una dieta con equilibrio en sus nutrientes y ligero aumento

del aporte calórico mejoran el estado inmunológico, aunque este cambio sea mínimo y parcial, se recomienda para favorecer la evolución. El equilibrio hídrico es importante.

La técnica quirúrgica usada fue modificación de la clásica con el propósito de obtener un adecuado drenaje de las secreciones.

En un paciente con inmunodeficiencia debe evaluarse constantemente la coagulación



Figura 3
Evolución del paciente con
angina de Ludwing a los
18 días de intervenido

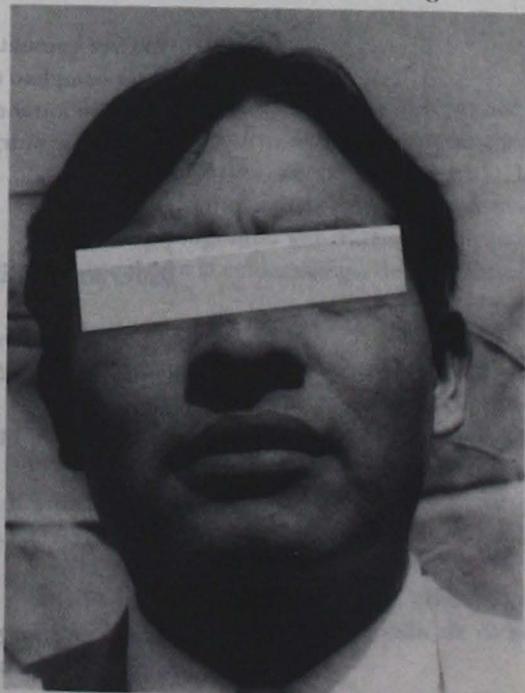


Figura 4
Paciente egresado y con-
trolado a los 32 días de
internamiento.

sanguínea ya que suelen presentarse neutropenia, anemia y trombocitopenia. La comunicación intraoral de los espacios en forma bilateral debe examinarse constantemente.

La variación que se observa es cuanto a la curva térmica, se explica en base a que la temperatura, es un mecanismo de defensa mediado por la inmunidad, si esta última está alterada, la respuesta esperada en cuanto a temperatura también.

Para evitar la diseminación a hemitórax se recomienda el abordaje adecuado de los espacios recordando que cada día es más alta la incidencia de este síndrome, el manejo de los abscesos o infecciones no debe abordarse en forma casual, si no planeada, investigando siempre al agente etiológico por cultivos, y procurando evitar mayor diseminación y contaminación en el mismo paciente.⁸

Conclusiones

La Angina de Ludwig dadas sus características pueden ser una infección que en el futuro se asocie cada vez más al síndrome de inmunodeficiencia adquirida por lo que se deberá integrar un manejo multidisciplinario en el que se contemplen los factores que precipitan la misma y se eviten.

Una vez presentada la angina, el abordaje deberá ser completo con incisiones extraorales y comunicación intraoral, bilateral, apoyados a un aporte calórico, hídrico y de antibióticos cuantificado y justificado.

Referencias Bibliográficas

1. Moreland L.W.; Corey J.; McKenzie R.: Ludwig's angina, Report of a case and review of the literature. Review Article: 153 refs. Arch Intern Med 1988; 148: (2) - 6.
2. Wolf C.; Blair P.A.: Ludwig's angina, review article: 9 refs. J. La State Med Soc 1987; 139: (10): 25 - 6.
3. Schliamser S.E.; Berggren D.V.: Kercoff y Ludwig's angina and associated systemic complications.

Bacteriology and current therapy, Scand J. infect Dis 1986; 18 (5) 477 - 81.

4. Lindner H.H.: The anatomy of the fasciae of the face and neck with particular reference to the spread and treatment the intraoral infections (Ludwig's that has progressed into adjacent facial spaces. Ann Surg 1986; 204: (6): 705 - 14.
5. Resler S.S.: Nutrition care of AIDS patients J. Am Diet Assoc. 1988. 88 7 828 - 832.
6. Frei L.; Steigbigel R.: Severe mal nutrition in a youngman with AIDS Nutr Rev, 1988: 36 (3): 126 - 32.
7. Spiavak J.L.: Hematology anormalites en el AIDS. Am J. med 1984. 77 224 - 228.
8. Barsancia J.G.: Scheffer RB Spontaneous pneumothorax: an unusual occurrence in a patient with Ludwig's angina J. Oral Maxillofac surg 1987; 45 (2): 161 - 8.
9. Witley B.D.: Ludwig's angina; a rare case of dental origin. N.Z. Dent J. 1986: 82 (368): 48 - 58.
10. Shaw K.N.; Marshall G.S.; Tom L.W.; Kovacs S.J.: Ludwig's angina caused by Haemophilus influenzae type B. Pediatr infect Dis J. 1988; 7 (3): 203 - 5
11. Fridrich K.L.; Taylor R.W.; Olson R.A.: Dermatomyositis presenting with Ludwig's angina oral Surg oral Med Oral pathol 1987; 63 (1): 21 - 4.
12. Smith R.G.; Parker T.J.; Anderson T.A.: Noninfectious acute upper airway obstruction (pseudo-Ludwig's Phenomenon): report of a case. J. Oral maxillofac Surg 1987; 45 (8): 701-4.

Validación de la prueba de "un minuto" para la detección de hipoacusias en escolares

Dr. Eduardo Montes de Oca Fernández *

Dr. José Antonio Rodríguez Díaz *

Lic. Cynthia Lucero Chavira Contreras *

Resumen: En este trabajo se efectúa la validación de una prueba clínica no-instrumentada de evaluación de la función auditiva. Esta prueba consiste de tres pasos y puede ser aplicada por personal paramédico e incluso por profesores de escuelas primarias. La validación se llevó a cabo contrastando la prueba de "UN MINUTO" contra la audiometría tonal y timpanometría en 267 escolares entre 7 y 12 años. La sensibilidad encontrada fue comparada con la audiometría de .77 y con la timpanometría de .83. La especificidad fue contrastada con la audiometría de .84 y con la timpanometría de .89. Esta prueba puede ser un instrumento de gran ayuda para la detección de defectos auditivos en la edad escolar y podría extenderse por su bajo costo y fácil aplicación.

Summary: In the present paper we report the results of the validation of a clinic test of auditory function without instrument called of "One Minute". The test is of three easy steps and can be applied for paramedic or school teachers. The validation of the test were made for contrastation with pure tone audiometry and timpanometry in 267 school children between 7-12 years of age.

The sensibility founded contrasted with audiometry was .77 and contrasted, with timpanometry was .83. The especificity founded contrasted

with audiometry was .84 and compared with timpanometry was .89. This test will be an usefull tool in the detection of hearing damage in school children and also could be applied in a national survey of hearing loss.

Palabras clave: Pérdida auditiva, sensibilidad y especificidad, detección de problemas auditivos, prueba de "un minuto".

Introducción

Entre los muchos factores que determinan el nivel de rendimiento escolar, se encuentra la capacidad auditiva de los menores.¹ La Organización Mundial de la Salud, promueve en asambleas y programas generales de trabajo, la investigación en la epidemiología de la sordera.^{2,3}

Es enorme la distancia entre los recursos y las necesidades de los países en desarrollo, para que enfrenten la gran incidencia y prevalencia de problemas auditivos.⁴ Dadas las necesidades de detección masiva, es necesario en nuestro medio el uso de técnicas no instrumentadas, entre las cuales contamos con la prueba de "UN MINUTO"⁵, que es fácil y rápida aplicación, usada como método de rastreo para la detección de dichos problemas.

* Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

En países desarrollados se efectúa la detección de defectos auditivos con instrumentos de tecnología media.⁶ En Francia la ley obliga a una exploración audiológica entre el 9º y 24º mes después del nacimiento.¹

Las acciones de rastreo se justifican en base a los datos epidemiológicos en población no institucionalizada encontradas en otros países para las pérdidas auditivas. En Estados Unidos se le da una prevalencia de 9.1% para todos los grupos de edad, suponiendo que dicha incidencia es más alta en países en desarrollo.⁷

Otros informes en países desarrollados señalan la prevalencia para las cortipatías sensorineurales del orden de 1.0 a 2.0 por 1000. Para pérdidas conductivas existen diversas prevalencias según la etiología de la cual se trate, así por ejemplo se reporta de un 20 a un 25 por ciento para niños de un año y del 50 al 70 por ciento para niños de cuatro años los cuales han cursado con un episodio de Otitis Media Supurada Aguda (OMSA). En países en desarrollo la incidencia de OMSA alcanza proporciones epidémicas, con cifras de 80 de cada 100 casos. En países desarrollados la Otitis Media Secretoria (OMS) tuvo una incidencia por un período de 2 años del 61% con un rango de recurrencia del 32% en niños de primaria.⁸ La OMSA ha sido muy poco estudiada en países en desarrollo por la baja calidad de vida y la escasa o nula importancia que se le da a la audición, por el hecho de que son prioritarios otros programas de salud.⁴

Los informes en México dados por el Registro Nacional de Inválidos, en un reporte de 24 375 casos notificados, 1247 (5.12%) corresponden a hipoacusia ocupando el 5º lugar y 1058 (4.34%) corresponden a sordera que ocupa el 8º lugar en la tabla general.⁹

Estudios realizados en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH), en un grupo de 3766 pacientes de primera vez, en población institucionalizada, se encontraron 2413 (64.08%) casos con patología audiológica, de estos 1464 corresponden a patologías que cursan con pérdida auditiva neurosensorial y 949 casos que corresponden a pacientes con patología que ocasiona pérdida auditiva de tipo conductivo.¹⁰

Dada la magnitud de los defectos auditivos, es responsabilidad de los que se dedican a la problemática otoaudiológica, el implementar programas de investigación que permitan la detección temprana de los defectos auditivos, ya que es uno de los factores que determinan el nivel de rendimiento escolar.

Un elemento crucial y primer paso en la solución de la problemática, es la detección temprana de los trastornos auditivos en escolares,¹¹ ya que las repercusiones de la disminución o pérdida de la audición sobre el lenguaje y aprendizaje, serán menos severas mientras más pronto se inicien los cuidados específicos.¹ En nuestro medio, no es una práctica generalizada en centros escolares el efectuar exámenes audiométricos para el ingreso escolar, por tal motivo la detección debe llevarse a cabo en centros de concentración de infantes como son: guarderías, jardines de niños, escuelas primarias, secundarias.¹¹ Los educadores deben ayudar a dicha tarea, asumiendo responsabilidades específicas ante el problema.¹

Es imprescindible y factible que dicha valoración se haga al ingreso de la escuela, realizando estudios audiológicos de escrutinio, instrumentados y no instrumentados, entre los primeros contamos con la audiometría tonal, la cual es una técnica estandarizada, además de realizar estudios impedanciométricos, los cuales nos incrementan la información en problemas de oído medio.¹¹ Se han usado las diapazones 256 Hz y 512 Hz para la detección de un posible daño conductivo, lo cual resulta ser específico y sensible para la detección de defectos auditivos.¹²

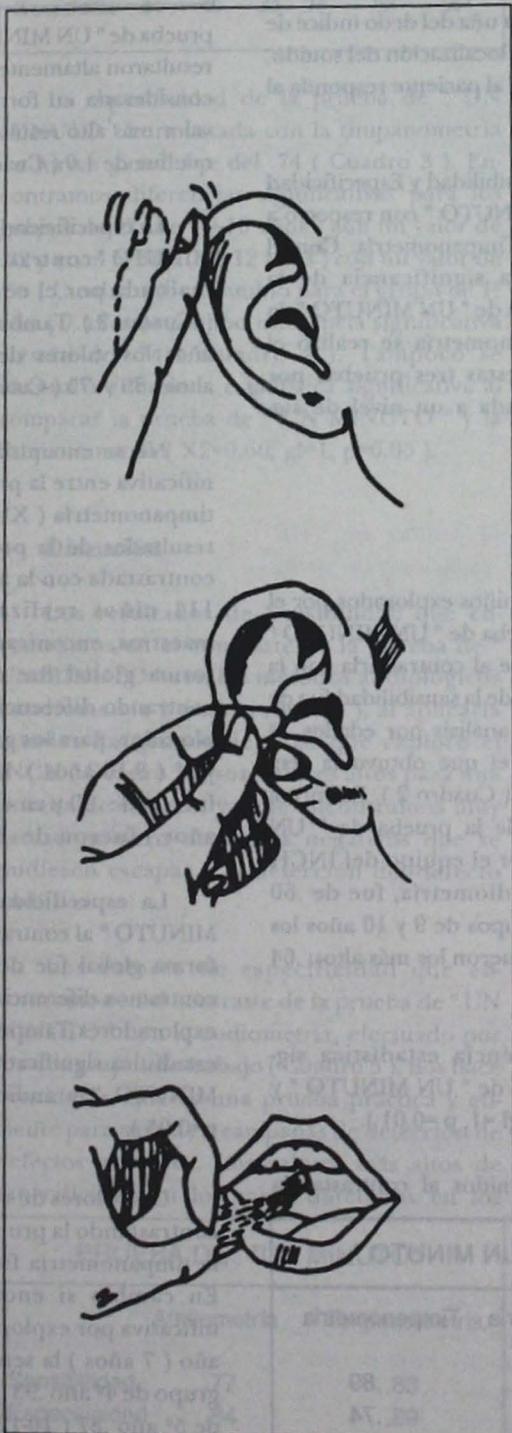
El objetivo del presente trabajo es la validación en términos de sensibilidad y especificidad de la prueba de " UN MINUTO ", en una población escolar mexicana al contrastarla con audiometría tonal y timpanometría.

La prueba de " UN MINUTO ", es válida para el rastreo de defectos auditivos en la población escolar, ya que tiene las mismas consideraciones que se hacen para interpretar la audición cualitativa con diapazones,⁵ ya que los estímulos auditivos son en ambos casos efectuados por vía ósea y por vía aérea y no son cuantitativos. La audiometría tonal y la timpanometría son métodos habituales, estandarizados, sensibles y

específicos, por lo que al contrastarlos con la prueba de " UN MINUTO " pudieran validarla de una forma más precisa.

Material y Métodos

Se efectuó un estudio doble ciego, transver-



sal, observacional en 297 escolares, de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre los 7 a 13 años, de una escuela primaria del Distrito Federal, los cuales se dividieron en dos grupos. Uno de 156 niños los cuales se subdividieron agrupándolos por edades de 7,8,9 y 10 años y a los que se les aplicó la prueba de " UN MINUTO " por el equipo de Investigación Sociomédica del INCH. En otro grupo de 141 niños de cuatro grupos de dicha escuela, a los cuales les fue aplicada la prueba de " UN MINUTO " por los maestros que fueron adiestrados previamente, y su estudio se realizó por grado escolar y no por la edad, esto fue debido a una limitación administrativa. De los niños examinados por los profesores se excluyó un grupo de 30 escolares, por considerarse una muestra no significativa, dado que no se obtuvo la cooperación de un profesor. Todos los sujetos en estudio fueron sometidos a un examen de ORL y se procedió a practicarles la prueba de " UN MINUTO " a cada paciente en ambos oídos.

Otro grupo de los observadores realizó Audiometría tonal, utilizando un audiómetro portátil Marca Beltone Modelo 109, explorándose las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000 Hz, usando un rango de intensidad de los 0 a los 110 dB (Hearing Level), así como un estudio Impedenciométrico a cada paciente en ambos oídos mediante técnica convencional, para lo cual se utilizó un Impedanciómetro American Electromedics Modelo AE-106.

La técnica utilizada para la prueba de " UN MINUTO " es la siguiente: Consta de tres pasos fáciles y rápidos de aplicar (ver Figura 1). El paso I, es frotar la cara posterior del borde del hélix hacia arriba y hacia abajo sucesivamente unas 4-5 veces seguidas. El paso II, consistió en frotar los dedos pulgar e índice y medio frente al meato auricular a una distancia de 2-3 cm, del mismo lado, y con la misma intensidad que se hizo en el hélix, evitando producir " chasquido " con los dedos. Se pregunta al niño cuál de los dos sonidos se escucha mejor , anotando la respuesta en la hoja correspondiente. A continuación se procedió a practicarles paso I y II del lado contrario. Al utilizar esta técnica como juego, el niño coopera mejor. Se le dice al niño, que oye mejor. Si un " gatito que se araña " (paso I) o un " perrito que se rasca " (paso II).

CUADRO 1

Análisis global de sensibilidad y especificidad para la prueba de "UN MINUTO" realizada por el equipo del INCH a 156 niños de 7 a 10 años contrastándola con la audiometría y timpanometría.

PRUEBA DE "UN MINUTO"		
	Audiometría	Timpanometría
Sensibilidad	.96	.93
Especificidad	.60	.71

El paso III consiste en percudir los dientes incisivos superiores con la uña del dedo índice de 3-4 veces y se pregunta la localización del sonido. Es muy importante pedir al paciente responda al sonido y no al tacto.

Se determinó la Sensibilidad y Especificidad de la prueba de "UN MINUTO" con respecto a la Audiometría, y a la Timpanometría. Con el objeto de comparar la significancia de la detección entre la prueba de "UN MINUTO", la audiometría y la timpanometría se realizó el estudio estadístico de estas tres pruebas por medio de la chi cuadrada a un nivel de significancia de $P=0.05$.

Resultados

En el grupo de 156 niños explorados por el equipo del INCH, la prueba de "UN MINUTO" resultó altamente sensible al contrastarla con la audiometría, el resultado de la sensibilidad fue de .96 (Cuadro 1). En el análisis por edades, el grupo de 10 años, fue el que obtuvo la sensibilidad más alta, de 1.0 (Cuadro 2). En forma global la especificidad de la prueba de "UN MINUTO" efectuada por el equipo del INCH y contrastada con la audiometría, fue de .60 (Cuadro 1), para los grupos de 9 y 10 años los valores de especificidad fueron los más altos: .64 y .71 (Cuadro 2).

Se encontró diferencia estadística significativa entre la prueba de "UN MINUTO" y audiometría ($X^2=6.63$, $g1=1$, $p=0.01$).

Los resultados obtenidos al contrastar la

CUADRO 3

Análisis global de sensibilidad y especificidad para la prueba de "UN MINUTO" realizada por los maestros de un grupo de 111 niños de 7 a 12 años. Contrastándola con la Audiometría y Timpanometría.

PRUEBA DE " UN MINUTO "		
	Audiometría	Timpanometría
Sensibilidad	.89	.89
Especificidad	.66	.74

PRUEBA DE " UN MINUTO "

	Audiometría				Timpanometría			
	(Grupo de edades)				(Grupo de edades)			
	7	8	9	10	7	8	9	10
Sensibilidad	.94	.96	.96	1.0	.94	.96	.86	1.0
Especificidad	.53	.55	.64	.75	.58	.85	.58	.75

prueba de "UN MINUTO" con la timpanometría resultaron altamente sensibles y fueron de .93 al considerarla en forma global (Cuadro 1), su valor más alto resultó para el grupo de 10 años, que fue de 1.0 (Cuadro 2).

La especificidad global de la prueba de "UN MINUTO" contrastada con la timpanometría realizada por el equipo del INCH fue de .71 (Cuadro 2). También para los grupos de 8 y 10 años los valores de especificidad fueron más altos: .85 y .75 (Cuadro 2).

No se encontró diferencia estadística significativa entre la prueba de "UN MINUTO" y timpanometría ($X^2=1.96$, $g1=1$, $p=0.05$). Los resultados de la prueba de "UN MINUTO" contrastada con la audiometría en el grupo de 111 niños realizada por sus respectivos maestros, encontramos que la sensibilidad en forma global fue de .89 (Cuadro 3). Encontrando diferencias no significativas por explorador, para los grupos de 1er. año (7 años) y 4º (9-10 años). Los valores de sensibilidad fueron de .90 y en el grupo de 5º año (10-12 años) fueron de .85 (Cuadro 4).

La especificidad de la prueba de "UN MINUTO" al contrastarla con la audiometría en forma global fue del .66 (Cuadro 3), no encontramos diferencia significativa entre los tres exploradores. Tampoco se encontró diferencia estadística significativa entre la prueba de "UN MINUTO" y audiometría ($X^2=1.24$, $g1=1$, $p=0.05$).

Los valores de sensibilidad en forma global contrastando la prueba de "UN MINUTO" con la timpanometría fueron de .89 (Cuadro 3). En cambio si encontramos diferencia significativa por explorador, para el grupo de 1er. año (7 años) la sensibilidad fue del .96, en el grupo de 4º año .93 (9-10 años) y para el grupo de 5º año .87 (10-12 años) (Cuadro 4).

CUADRO 4
Análisis de sensibilidad y especificidad para la prueba de "UN MINUTO" realizada por los maestros y contrastada con la Audiometría y Timpanometría en un grupo de 111 niños de 7 a 12 años.

PRUEBA DE "UN MINUTO"						
	Audiometría			Timpanometría		
	(Grupo escolar y edad)			(Grupo escolar y edad)		
	1º	4º	5º	1º	4º	5º
	7	9-10	10-12	7	9-10	10-12
Sensibilidad	.90	.85	.90	.90	.93	.87
Especificidad	.64	.69	.66	.78	.92	.56

La especificidad de la prueba de "UN MINUTO" contrastada con la timpanometría en forma global fue del .74 (Cuadro 3). Encontramos diferencias significativas para los grupos de 4º año (9-10 años) con un valor de .92 y en el 5º año (10-12 años) con un valor de .56 (Cuadro 4), en cambio para el grupo de 1º año (7 años) no hubo diferencia significativa siendo de .74 (Cuadro 4). Tampoco se encontró diferencia estadística significativa al comparar la prueba de "UN MINUTO" y la timpanometría ($X^2=0.66$, $gl=1$, $p=0.05$).

Discusión

Los resultados de Sensibilidad que encontramos en el contraste de la prueba de "UN MINUTO" con los métodos audiológicos (audiometría y timpanometría), al aplicarla a todos los grupos de edad que exploró el INCH (Cuadro 1), son valores altos para una prueba de rastreo, ya que encontramos muy escaso número de Falsos negativos que se pudiesen escapar a la detección del defecto auditivo.

Los valores de especificidad que encontramos en el contraste de la prueba de "UN MINUTO" con la audiometría, efectuado por los dos grupos de trabajo (Cuadro 5), nos hace considerar, que es una prueba práctica y eficiente para usarla en campañas de detección de defectos auditivos. Los valores más altos de especificidad en los casos obtenidos en los

PRUEBA DE "UN MINUTO"		
	Audiometría	Timpanometría
Sensibilidad	.77	.83
Especificidad	.84	.89

CUADRO 5
Análisis global de sensibilidad y especificidad de la prueba de "UN MINUTO" realizadas por los dos grupos en 267 niños 7 a 12 años contrastándola con la Audiometría y Timpanometría en una escuela primaria del D.F.

grupos de mayor edad (Cuadros 2 y 4), se deben, tal vez a la mayor cooperación y comprensión de la prueba.

El valor de especificidad de la prueba de "UN MINUTO", comparándola con la timpanometría por el equipo del INCH (Cuadro 5) es más alto al encontrado en el contraste con la audiometría, estos hallazgos concuerdan con los informes de Bonny,¹¹ siendo para esta autora, más sensible y específica la timpanometría, para la detección de los defectos auditivos ocasionados por patología de oído medio, los cuales son frecuentes en la población infantil, según los informes de Davidson, Hyde y Alberti¹³ y Sheewan.⁷

La contrastación de la prueba de "UN MINUTO" con la timpanometría no presentó diferencia significativa, este valor nos da una estimación estadística que justifica adecuadamente el uso de esta prueba como método de rastreo.

La sensibilidad encontrada al contrastar la prueba de "UN MINUTO" con los métodos audiológicos usados, fue similar a la encontrada por el equipo del INCH, lo diferencia en valores de sensibilidad encontrada en los grupos de primero y cuarto año indican las variaciones que hay por explorador, siendo los factores que influyen: la responsabilidad e interés por parte del maestro hacia el estado de la audición de sus alumnos, repercutiendo ésta en la adquisición del lenguaje y desarrollo del aprendizaje en forma adecuada (Herbert Jay, 1990). En cuanto a la especificidad para la prueba de "UN MINUTO" contrastada con la audiometría, no hubo diferencia entre los tres maestros exploradores.

En forma global la especificidad de la prueba de "UN MINUTO" contrastada con la timpanometría y audiometría realizada por los maestros fue sensiblemente más alta que los valores obtenidos por el INCH, siendo más específica la timpanometría, debido a la relación Maestro-Alumno, lo que da una mayor confianza del alumno al explorador, siendo un factor determinante en el resultado de estos valores. La sensibilidad se encontró alta en forma global y fue similar en ambos grupos (equipo INCH y Maestros).

El rastreo instrumentado es muy costoso si se utiliza en forma masiva. La prueba propuesta no representa ningún gasto.

Conclusiones

1. La prueba de "UN MINUTO" es de ejecución simple, no requiere de aparatos, su costo es mínimo y puede aplicarse por el maestro y aún por los familiares de los escolares para que deriven los problemas detectados al diagnóstico y tratamiento.
2. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta validación la prueba de "UN MINUTO", es cualitativa y sensible para detectar trastornos auditivos. La sensibilidad de la prueba de "UN MINUTO" o sea la capacidad de detectar verdaderos hipoacusicos de la población estudiada, fue del .72 comparándola con la audiometría y el .83 al contrastarla con la timpanometría.
3. La especificidad de la prueba de "UN MINUTO", o sea la capacidad de dicha prueba para establecer la normalidad de la audición fue del .84 en relación a la audiometría y el .89 si la comparamos con la timpanometría.
4. Los resultados de la incidencia de problemas auditivos son semejantes a los encontrados en países desarrollados usando métodos como la timpanometría, comparados con los resultados encontrados por nosotros al emplear la prueba de "UN MINUTO".
5. El rastreo auditivo instrumentado es muy costoso si se utiliza en forma masiva. El costo es nulo si se emplea la prueba de "UN MINUTO".

El aplicar la prueba de "UN MINUTO" en forma masiva nos dará una idea más precisa de la magnitud del problema de la pérdida auditiva en la población infantil de nuestro país.

En esta forma podremos considerar este trastorno en forma cuantitativa y por lo tanto más científica, las necesidades asistenciales y preventivas en este campo.

6. El maestro puede contar con la prueba de "UN

MINUTO", para efectuar la detección simplificada de escolares con trastornos auditivos, para que en forma inmediata se pueda mejorar su rendimiento académico con soluciones tan simples como sentarlo en la primera fila así como detener el daño auditivo al promover la atención médica oportuna de los casos detectados por el.

7. Esta prueba también puede ser de gran utilidad para la detección de Otitis Media Serosa, por la particular forma de la Historia natural de dicha enfermedad.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Ignacio Arias Aranda y a la Lic. Katya Giardino el apoyo que brindó para la realización de este trabajo, al Dr. Adrián Poblano Luna por el apoyo estadístico y la revisión del manuscrito inicial, y a la Lic. Rosario Marrón Guzmán por el apoyo en computación.

Referencias Bibliográficas

1. *Legent F.*: Editor., Manual Práctico de ORL. Ed. Masson 1985.
2. *OMS.* Programa General de Trabajo (sordera).
3. *World Health Organization*: Prevención de los defectos de audición y sordera. 39a. Asamblea Mundial 1986.
4. *Wilson J.*: Deafnes in developing countries. Arch. Otolaryngol 1985 111:2-91
5. *Ugartechea-Ríos Mario.*: Estudio preliminar. Prueba de "UN MINUTO". Guadalajara, Jalisco XXXVIII Congreso de Otorrinolaringología y CCC. Abril 1990.
6. *Lundborg T.*: The promotion of public health ear care in developing countries. Scand Audiol Suppl. 1988 28:1-125.
7. *Shewan C.M.*: The prevalence of hearing impairment ASHA 1990 32 (2): 62
8. *Davidson J.*: Hyde M. y Alberti P.W.: Epidemiology of hearing impairment in childhood.

Scand Audiol Suppl 1988 30:13-20.

9. *Ibarra L.G.; Rosales-Pérez L.*: Informe de 24 375 casos notificados. Registro Nacional de Inválidos. Sal Pub Mex 1980 22 (2): 179-189.

10. *Peñaloza-López Y. y Cols.*: Hipoacusia súbita. Estudio de 83 casos. Primer Congreso Nacional de la Comunicación Humana Memorias, México 1976.

11. *Bonny I.C.*: Five years experience of combined impedance and audiometric screening al school entry. Public Health 1989 103:427-431.

12. *Browning G.G.; Swan I.R.C.*: Sensitivity and specificity of Rinne tuning for 1 test. BMJ 1988 297,26: 1381-1382

13. *Davidson J.; Hyde M.L. y Alberti P.W.*: Epidemiology of hearing impairment. Scand Audiol Suppl 1988 30:13-20.

PARA EXAMEN:

SEDES:

TRAMITES PARA OBTENER DERECHO A EXAMEN

1. Obtener el instructivo en las oficinas del Consejo

2. Entregar la documentación y la cantidad de \$ 100,000.00 antes del 31 de Octubre de 1991, para el trámite de revisión de documentos

3. Recibir información sobre su solicitud, 30 días después de su recepción

4. Una vez aprobada la solicitud, cubrir la cuota de \$ 300,000.00 de derecho a examen

5. Presentar el examen

REQUISITOS:
Poder presentar el examen quienes reúnan los siguientes requisitos:

A) Tener el título de Médico y estar autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión

B) Contar con un entrenamiento formal de 3 años como mínimo en Otorrinolaringología, en alguna de las instituciones reconocidas por el Consejo. Incluye a los residentes de 3er. año

C) Ser miembro titular de una Sociedad de Otorrinolaringología en la República Mexicana reconocida por el Consejo. En el caso de los residentes, dispondrán de un año para ingresar a una sociedad.

LA JUNTA DE GOBIERNO

México, D.F., a 15 de Mayo de 1991

Dr. Eduardo Montes de Oca Fernández

Dr. Eduardo Montes de Oca Fernández y Cols.

Dr. Eduardo Montes de Oca Fernández y Cols.

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

CONVOCATORIA

PARA EXAMEN: 27, 28 y 29 DE ENERO DE 1992.

SEDES: MEXICO, D.F. Y MONTERREY, N.L.

■ TRAMITES PARA OBTENER DERECHO A EXAMEN

- 1.- Obtener el Instructivo en las oficinas del Consejo.
- 2.- Entregar la documentación y la cantidad de \$ 100,000.00 antes del 31 de Octubre de 1991, para el trámite de revisión de documentos.
- 3.- Recibirá información sobre su solicitud, 30 días después de su recepción.
- 4.- Una vez aprobada la solicitud, cubrir la cuota de \$ 300,000.00 de derecho a examen.
- 5.- Presentar el examen.

■ REQUISITOS:

Podrán presentar el examen quienes reúnan los siguientes requisitos:

- A) Tener el título de Médico y estar autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.
- B) Contar con un entrenamiento formal de 3 años como mínimo en Otorrinolaringología, en alguna de las Instituciones reconocidas por el Consejo. (Incluye a los residentes de 3er. año)
- C) Ser miembro titular de una Sociedad de Otorrinolaringología en la República Mexicana reconocida por el Consejo. En el caso de los residentes, dispondrán de un año para ingresar a una sociedad.

LA JUNTA DE GOBIERNO

Granuloma reparativo de células gigantes. Reporte de un caso y revisión del tema

Dr. Mario Antonio Barrón Soto *

Dra. Luz Arcelia Campos Navarro *

Dra. Ma. del Rosario Alvarez Silva **

Resumen. Esta publicación tiene como propósito mostrar experiencia en el diagnóstico y manejo de un paciente adolescente, masculino, con un granuloma reparativo de células gigantes y la revisión del tema.

Es una patología de presentación rara, aproximadamente el 0.3% de las biopsias orales, pero que debemos tener en cuenta. Su curso es benigno, localizada y de excelente respuesta a la resección local.

Summary. In this paper we report a male teenage patient with a reparative granuloma of giant cells and a brief review of the literature is also presented.

The reparative granuloma of giant cells is a rare pathology (approximately reported in 0.3% of the oral biopsys) with a benign course, localized and with an excellent response to the local resection.

Palabras clave. Granuloma, granuloma reparativo de células gigantes, tumor pardo del hiperparatiroidismo.

Introducción

Las lesiones neoplásicas en el macizo facial son lesiones que cada día el otorrinolaringólogo se enfrenta con más frecuencia; el carcinoma epidermoide o linfomas entre otros; sin embargo, debemos tener en mente los de presentación ocasional para poder diagnosticarlos tempranamente y ofrecer un manejo adecuado y mejor pronóstico a nuestros pacientes.

El granuloma reparativo de células gigantes es una patología de presentación muy rara (0.3% de las biopsias orales) pero que debemos recordar, teniendo un curso benigno.^{1,2}

Resumen Clínico

Se trata de paciente masculino de 13 años de edad, sin antecedentes de importancia, que inicia su padecimiento de 5 años de evolución con cefalea hemicraneal derecha, con irradiación al

*Médico adscrito al Hospital General Centro Médico La Raza I.M.S.S.

**Residente de segundo año de Otorrinolaringología del Hospital General. Centro Médico La Raza IMSS

FIGURA 1

Obsérvese el aumento de volumen de región maxilar dando una deformidad facial.



globo ocular ipsilateral, siendo estudiado por neurología, estableciendo el diagnóstico de cefalea vascular, tratándose con carbamazepina y analgésicos, sin modificación de su sintomatología. Once meses previos al llegar a nuestro servicio, presenta odontalgia superior derecha que intensifica el dolor ocular sin lesión dental y posteriormente se agrega rinolalia, respiración oral, dolor en maxilar superior derecho notando aumento de volumen de la región malar ipsilateral con pérdida de peso no cuantificada.

A la exploración física en su ingreso se observa paciente bien orientado con aumento de volumen discreto en región malar derecha, ojos sin alteraciones y a la exploración otorrinolaringológica pirámide nasal asimétrica

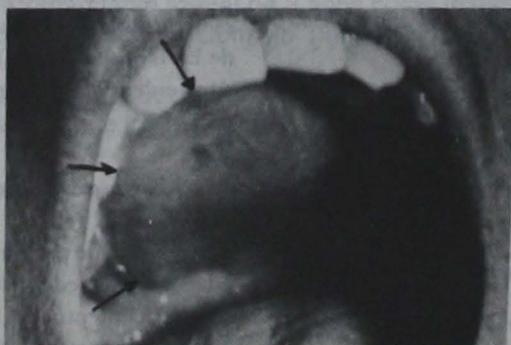


FIGURA 2

Nótese el abombamiento del paladar duro causado por la neoformación en fosa nasal y antro maxilar derecho.

del lado derecho a expensas de protrusión de pared lateral nasal, vestíbulos asimétricos con presencia de neoformación en fosa nasal derecha (FND), lobulada, ocupando el 80% de la luz, dura, de la misma coloración de la mucosa, no dolorosa ni sangrante, desplazando el septum a la izquierda; cavidad oral con abombamiento del paladar duro bilateralmente de predominio derecho, sin cambios en la mucosa, duro, no dolorosa; resto sin datos patológicos. (Fotos 1,2)

Se toma TC observándose lesión en fosa nasal, antro maxilar, etmoidal, fosa subtemporal derechos, con lisis óseas en estas áreas, así como de piso de antro maxilar y nasal. (Fotos 3,6).

Se toma biopsia diagnosticándose granuloma reparativo de células gigantes tipo central; debido a esto y su asociación con hiperparatiroidismo, se realizan estudios de calcio sérico, fósforo, pruebas de función hepática, no encontrándose ningún dato que apoyara dicho diagnóstico, por lo que se programa para hemimaxilectomía derecha con los siguientes hallazgos: neoformación muy vascularizada, friable, enquistada con líquido amarillo-verdoso en su interior que ocupaba FND, piso nasal, antro maxilar, etmoides, fosa subtemporal y paladar óseo con lisis de pared anterior y lateral de antro maxilar, respetando piso de órbita, confirmándose el diagnóstico ya mencionado (Foto 7) con evolución satisfactoria hasta la actualidad, sin actividad tumoral. (2 años).

Discusión

El granuloma reparativo de células gigantes se considera un tumor de gente joven, que tiene un curso benigno y localizado, con excelente respuesta al tratamiento quirúrgico.²

No existe una causa etiológica definida sugiriéndose el resultado de reacciones inflamatorias a lesión y hemorragia, pudiéndose presentar dentro del hueso como una reacción de reparación a la hemorragia.³ Generalmente hay una historia de trauma, apareciendo semanas o meses después.¹

Debido a que es más frecuente en el sexo femenino, algunos autores indican implicación

FIGURA 3

Fotografía de TC en corte axial, donde se aprecia neoformación que ocupa la bóveda palatina con lisus de pared anterior de macizo facial derecho.

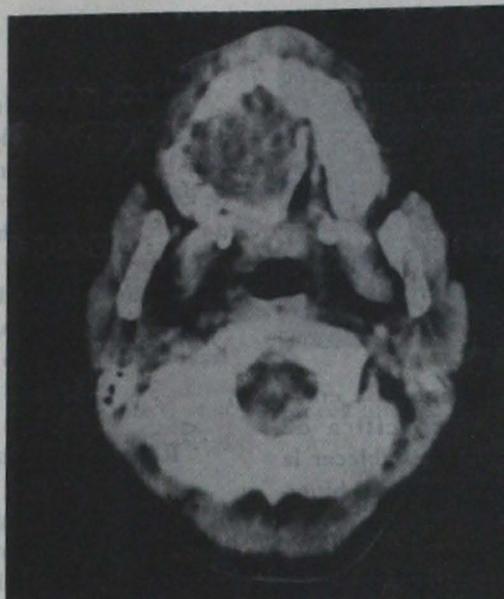


FIGURA 4

Un corte más superior de la misma lesión, ocupando el paladar y piso de antro maxilar derecho.



hormonal, comportándose agresivamente en mujeres embarazadas.⁴

Cerca del 75% de éstas, ocurre en pacientes menores de los 30 años, 50% en menores de 20 años, con un promedio de edad de 21, siendo más frecuente su presentación en el maxilar inferior y en blancos en el 94%.^{4,5,6,7,9}

Esta patología produce una lesión quística del hueso², la estructura ósea afectada puede estar aumentada de tamaño y deformada, pero es poco frecuente que atravesase la lámina cortical. En ocasiones hay lesión a los tejidos que rodean los dientes, con resorción de la substancia dental y aflojamiento de los dientes.^{3,7,8}

Microscópicamente muestra un gran número de células gigantes, un estroma vascular más bien celular y a menudo, neoformación ósea. Las células gigantes tipo osteoclastos, tiene una distribución en placa asociada usualmente con áreas de hemorragia.^{6,8,9} Los fibroblastos del estroma son maduros, uniformes y no presentan anaplasia como es lógico encontrar en un fenómeno de reparación.^{3,10}

Debido a que tienen crecimiento lento y expansivo, los síntomas dependen de la localización. En general se presentan como una masa y dolor compresivo, con deformidad de la región y suelen ser lesiones solitarias, por lo regular unilaterales.^{2,3,5,8,11}

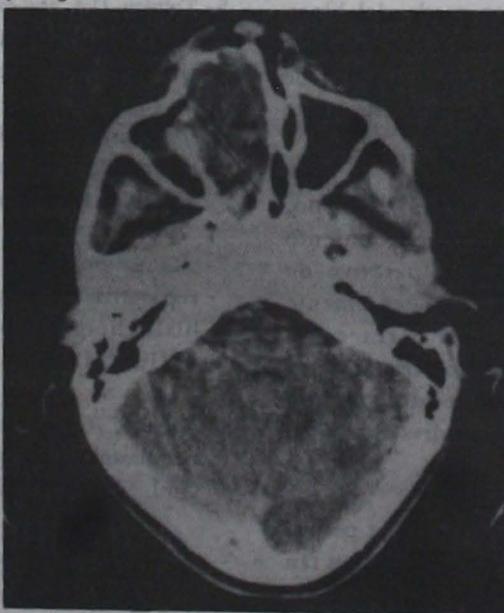


FIGURA 5-6

Dos aspectos de la lesión, donde se observa el reforzamiento por la rica vascularidad del tumor.

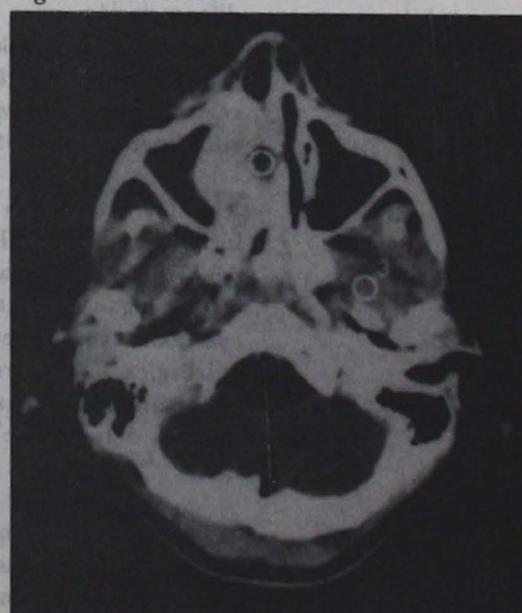


FIGURA 7

Fotografía panorámica de un corte histológico donde encontramos datos histopatológicos para diagnóstico de granuloma reparativo de células gigantes.



El diagnóstico debe de apoyarse en la clínica y la evaluación específica de laboratorio es prioritaria para establecer la diferencia entre un tumor parado del hiperparatiroidismo con aspecto histológico similar a éste. El paciente con hiperparatiroidismo primario tiene niveles de calcio sérico elevados, fosfatasa alcalina y parathormona; con disminución de los niveles de fósforo sérico.^{2,12,15}

Los estudios de imagen tales como la TC y la resonancia magnética son de gran ayuda para el diagnóstico y establecer la extensión, ya que en ellos observamos áreas radiolúcidas a veces con bordes ondulados que pueden estar subdivididos por tabiques óseos radio-opacos.^{3,11}

El estudio histológico no es definitivo, ya que se requiere correlacionar clínica, biopsia y laboratorio, ya que es confundido comunmente con otro tipo de lesiones con el mismo aspecto histológico,² siendo necesario una diferenciación entre tumor pardo del hiperparatiroidismo, granuloma reparativo de células gigantes y los " VERDADEROS " tumores de células gigantes, sin olvidar los tumores de origen odontógeno.^{1,2,4,10,12,14}

El tratamiento dependerá del tipo, localización, naturaleza y comportamiento de la lesión. El granuloma reparativo de células gigantes es tratado frecuentemente con éxito con curetaje local o resección quirúrgica. Las recurrencias son tratadas por procedimientos locales repetidos, siendo después del curetaje una recidiva del 37 al 75%.^{1,2,4,9}

Antiguamente se usaba radioterapia, pero el peligro de que se transforme en sarcoma es tan grande que se contraindica.¹¹

Conclusiones

Como recordamos dentro de la presentación se menciona que desde el punto de vista histopatológico no existe un patrón típico de esta enfermedad y sólo es con la integración de la clínica, el laboratorio y la anatomía patológica donde se establece el diagnóstico definitivo, siendo de gran importancia un diagnóstico temprano para poder dar un tratamiento oportuno y un mejor pronóstico.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Bhaskar, S.N.; Cutright, D.E.; Beasley J.D.: Giant-cell reparative granuloma (peripheal). J. Oral Surg. 1971;29:110-115.
- 2.- Geoffrey, A.; Smith, M.D.; Paul, H.; Ward, M.D.: Giant-cell lesions of facial skeleton. Otorhinolaringol and Otol. 1978; April 104: 186-190.
- 3.- Robbins S.L.: Patología estructural y funcional. Décima edición. Interamericana, México 1975; 839-840.
- 4.- Audair, P.L. et al.: A clinical and histomorphologic comparison of the central giant cell granuloma and the giant cell tumor. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1988; Aug 66 (2): 197-208.
- 5.- Tandon, D.A, and cols.: Giant cell tumor of the temporosphenoidal region. J. Oral Maxilofacial Surg. 1988; May 102: 440-451.
- 6.- Hamlin, W.B.; Lund, P.K.: Giant-cell tumors of the mandible and facial bones. Arch Otolaryngol. 1967; 86: 658-665.
- 7.- Matsumura, T. et al.: Recurrent giant cell reparative granuloma. Report of case and histochemical patterns. J. Oral Surg. 1971;29:212-216.
- 8.- Batsakis, J.G. et al.: Osteoclast-type giant cell neoplasms of the parotid gland. J. Laryngol Otol. 1988; Oct 102 (10) 901-904
- 9.- Ackerman; Lauren, V.: Surgical Pathology. 1964;2:187-189.

- 10.- *Hutter, R.V. et al.*: Benign and malignant giant cell tumors of bone. *Cancer*. 1962;15:653-660.
- 11.- *Paparella. M.; Shumrick, D.A.*: Otorrinolaringología. 2da edición. Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1988;3:2332-3.
- 12.- *Dahlin, D.C.; Cupps, R.E.*: Giant cell tumor. A study of 195 cases. *Cancer*. 1970;25:1061-1070.
- 13.- *Illingworth C. et al.*: Giant cell tumors. *Surg. Pathol.* 1968;15:192-3.
- 14.- *Smith, B.R. and cols.*: Primary Hyperparathyroidism presenting as a " PERIPHERAL " giant cell granuloma. *J.Oral Maxilofac Surg.* 1988;46:65-69.
- 15.- *Carlotti A.E.; Camitta F.D.; Canoor T.B.*: Primary hyperparathyroidism with giant cell tumor of the maxilla. *J. Oral Surg.* 1969;27:722-727.

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA

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. + IVA
América, España y Portugal.....	\$ 75.00 Dls. USA + IVA
Otros países	75.00 Dls. USA + IVA

Papilomatosis laríngea e interferón

Dr. Fermín Frausto Araiza *

Dr. Juan Fco. Peña García **

Dr. Luis Butron Pérez ***

Dr. Manuel Lee Kim ****

Resumen. Se realizó un estudio prospectivo de 29 pacientes con papilomatosis laríngea recurrente durante 20 meses. Previa selección de sujetos, se trataron con interferón alfa 2b, a dosis y tiempo variable, con controles periódicos por laringoscopia directa, estudios de laboratorio, radiológicos e histopatológicos.

Se observó una mejoría de sus lesiones, del 29 al 100%, en el 76% de los pacientes.

Consideramos que la resección quirúrgica de las lesiones, más interferón alfa 2b, es una buena opción de tratamiento en la papilomatosis laríngea.

Summary. A prospective study that included 29 patients with recurrent laryngeal papillomatosis was done during 20 months. Patients were selected and treated with interferon alpha 2b with different dose and for variable periods of time, with periodic controls by direct laryngoscopy, radiological and histopathological study.

We observed an improvement of the lesions from 29 to 100% in 76% of the patients.

We believe that surgical resection of the lesions plus the use of interferon is a good option for the treatment of laryngeal papillomatosis.

Palabras Clave: Papilomatosis laríngea, interferón

Introducción

La papilomatosis es la tumoración laríngea benigna más común en los niños, 1,2 donde por lo general es múltiple, de origen viral, 3,4 que produce disfonía y obstrucción ventilatoria que condiciona frecuentemente una traqueostomía.⁹

Su localización más frecuente es la laríngea, sobre la comisura anterior y cuerdas vocales, pero puede extenderse a supraglotis y subglotis.⁵

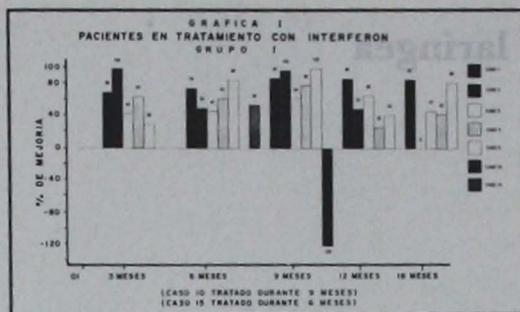
Se han utilizado múltiples tratamientos, sin

* Hospital General de Zona No.2, IMSS.
Salina Cruz, Oaxaca

** Jefe del servicio de cirugía y cuello
Hospital de Especialidades del C.M.N.
Siglo XXI, I.M.S.S.

*** Servicio de Patología Hospital de Especialidades del C.M.N.
Siglo XXI, I.M.S.S.

**** Jefe del servicio de ORL.
Hospital de Especialidades del C.M.N.
Siglo XXI, I.M.S.S.



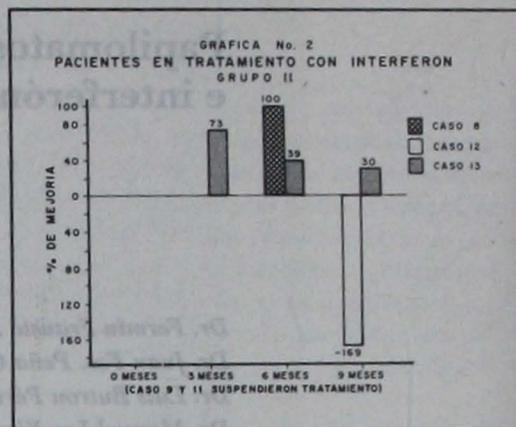
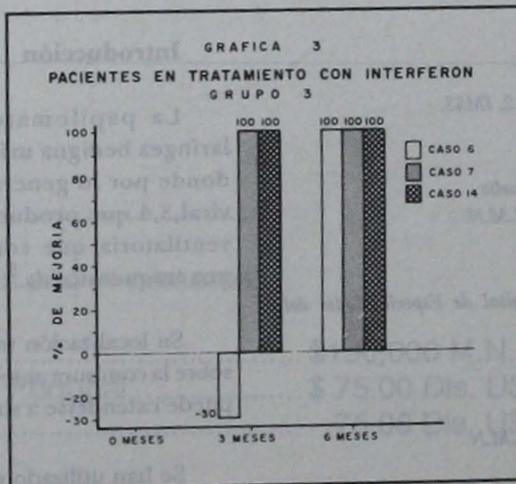
resultados favorables;^{6,7,8,9} los que han dado mejores resultados es la ablación con láser y la excisión quirúrgica.¹⁰ El interferón alfa se ha utilizado recientemente, en grados variables de éxito en un rango de enfermedades inducidas por papilomavirus, por sus propiedades antivirales y sus efectos antiproliferativos.^{11,12,13}

El objetivo de este estudio, es valorar la eficacia clínica endoscópica e histológica de la resección quirúrgica, asociada con la aplicación del interferón alfa 2b, en el tratamiento de la papilomatosis laríngea recurrente.

Material y Métodos

Iniciamos un estudio de 29 pacientes con papilomatosis laríngea, 14 del sexo femenino y 15 del sexo masculino, con una edad, entre los 13 y los 62 años. El tiempo de evolución del padecimiento fue variable en cada paciente, de 1 a 39 años y el número de resecciones previas en cada uno de ellos, fue de 1 a 215.

De estos pacientes, se seleccionaron 15 bajo los siguientes criterios:



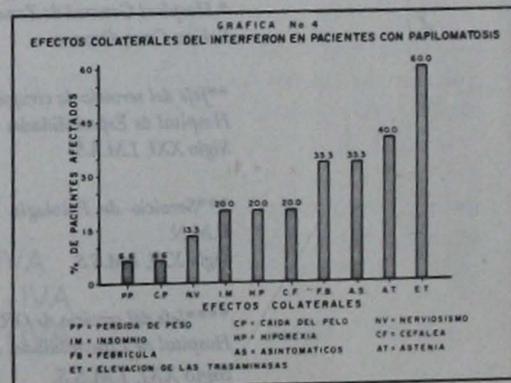
CRITERIOS DE INCLUSION. Tener una edad mayor de dos años, un diagnóstico histológico comprobado, con papilomatosis severa, que hubiese requerido de resección endoscópica previa, con recuento plaquetario, fórmula blanca, y pruebas de coagulación, dentro de límites normales.

CRITERIOS DE EXCLUSION. Embarazo, premenopausia, enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, pacientes con administración previa de interferón o antivirales.

Se utilizaron estudios de evolución mensuales, entre ellos: Biometría hemática, pruebas de coagulación, pruebas funcionales hepáticas, química sanguínea, radiografías de tórax. Se realizaron estudios de endoscopia con toma de biopsia previa, durante y posterior al tratamiento.

Se realizó inicialmente ablación con láser de las lesiones papilomatosas, iniciando 24 hrs después con interferón alfa 2b, a una dosis y tiempo variable.

Para esto se dividieron a los 15 pacientes en 3 grupos:



Grupo I. Se incluyeron a los pacientes que presentaban el mayor número de lesiones y de resecciones papilomatosas. Se trataron inicialmente con 6 X 10 a la sexta de UI de interferón alfa 2b cada semana, administrado en dos aplicaciones de 3 X 10 a la sexta cada una, los martes y viernes, por vía subcutánea, durante 6 meses. Posterior a este tratamiento se aumentó la dosis a 12 X 10 a la sexta de UI, por semana, en dos aplicaciones de 6 X 10 a la sexta, cada una, durante 6 meses más.

Grupo II. Se incluyeron a los pacientes que presentaban un número menor de lesiones y de resecciones papilomatosas, que los del grupo I, pero mayor que los del grupo III. Se trataron con 9 X 10 a la sexta, UI de interferón alfa 2b, semanalmente, dividido en 3 tomas, cada una de 3 X 10 a la sexta, UI administrada los lunes, miércoles y viernes, por vía subcutánea, durante 6 meses.

Grupo III. Se incluyeron a los pacientes que presentaban un menor número de lesiones y de resecciones. Se trataron con 6 X 10 a la sexta, UI de interferón alfa 2b, semanalmente, dividido en dos aplicaciones de 3 X 10 a la sexta, UI de interferón cada una, los lunes y viernes, por vía subcutánea, durante 6 meses.

Resultados

Clínicamente. El 87% de los pacientes que recibieron el tratamiento con interferón, refirieron mejoría de su sintomatología.

Por Laringoscopia Directa. En el 76% de los pacientes que llevaron el tratamiento, presentaron una mejoría del 29 al 100% (64.5% promedio). El 15.3% presentó progresión de sus lesiones, y el 7.6 de los pacientes no presentaron

cambios en sus lesiones, comparando la lesión inicial y la última (Gráficas 1,2,3).

A los tres meses de suspender el tratamiento, el 30% presentó una progresión de sus lesiones de un 13 a un 100% (56.3% promedio). El 30% presentó una mejoría del 24 al 75% (55.0% promedio) y el 40% no presentó cambios en relación a su laringoscopia previa (láminas 1,2,3 y 4) de laringoscopías directas.

En el estudio Histopatológico. Se observó en el 85.7% de los pacientes disminución en grado variable de las lesiones papilomatosas, representada por una menor cantidad cada vez menos del tejido resecaado, una mayor diferenciación celular, por lo tanto una disminución de los coilocitos, con cambios displásicos cada vez menores de moderados a leves.

En 2 pacientes, que corresponden al 14.3% en la última biopsia, no se observó histopatológicamente, lesiones papilomatosas; esto no indica que estos pacientes ya no presentan infección por hpv⁶ y¹¹. Para esto es necesario utilizar marcadores monoclonales específicos para estos virus, desafortunadamente son muy escasos y caros (láminas 5 y 6 de histopatología).

Discusión

Siendo la papilomatosis laríngea, la tumoración benigna más frecuente en los niños, recidivante, de difícil erradicación, que evoluciona frecuentemente hasta la edad adulta, y ocasiona complicaciones irreversibles, por sus múltiples resecciones, como las sinequias de comisura anterior o posterior (lámina 7 de sinequias) y deformidades de las estructuras laríngeas; es necesario darle mayor importancia a esta entidad y su tratamiento.



Lámina 1

Laringoscopia directa inicial del caso 4, en la cual se encontró el 33% de afeción de las vías aéreas superiores (se observan papilomas en banda y cuerda vocal derecha, comisura anterior y tercio anterior de cuerda vocal izquierda).

Lámina 2

Laringoscopia directa a los 18 meses de tratamiento con interferón, del caso No. 4, en la cual se encontró un 19% de lesión de las vías aéreas superiores, que corresponde al 43% de mejoría (se observan papilomas en tercio medio de banda y cuerda vocal derecha y tercio posterior de cuerda vocal izquierda).

Lámina 3

Laringoscopia directa inicial del caso No. 5 en el cual se encontró un 14% de afección de las vías aéreas superiores (se observan papilomas en comisura anterior y tercio anterior de cuerdas y bandas).

Lámina 4

Laringoscopia directa a los 18 meses de tratamiento del caso No. 5, en el cual se encontró el 2% de afección de las vías aéreas superiores, que corresponde a un 98.8% de mejoría (no se observan papilomas).



Por medio de los estudios realizados, se observaron los cambios ocurridos en cada uno de los pacientes; comparándolos con los síntomas y hallazgos previos al tratamiento.

El 60% de los pacientes presentaron elevación de las transaminasas. De estos, en el 30% se elevaron a más del 100% del valor normal, que se normalizaron al disminuir la dosis, tal como lo refiere Helmuth y Col.¹⁴

En ningún paciente se presentó alteración de las pruebas de coagulación, de la biometría hemática, glicemia, urea o creatinina.

El 33.3% de los pacientes no presentaron ninguna sintomatología secundaria al tratamiento con interferón, el resto de los pacientes presentaron diversa sintomatología (Gráfica 4) y sólo el 13.3% abandonó el tratamiento por esta causa.

Un control adecuado de los parámetros de laboratorio, podría disminuir los efectos colaterales de interferón, adecuando la dosis a cada paciente; a pesar de que, estas alteraciones de laboratorio, pueden estar dadas por el tipo de interferón y su preparación.¹⁴

Lámina 5

Corte Histopatológico de los papilomas, en la biopsia inicial del caso No. 4, en la cual se aprecian gran cantidad de coilocitos, y menor diferenciación celular.

Lámina 6

Corte Histopatológico de los papilomas en la biopsia realizada a los 18 meses, en la cual se aprecia, menor cantidad de coilocitos y mejor diferenciación celular.



Un seguimiento estricto del tratamiento en estos pacientes nos va a dar resultados favorables, considerando que la mayoría de los casos reportados con mala evolución, son por suspensión del tratamiento.

Consideramos que con el interferón alfa 2b, se pueden obtener mejores resultados que con la resección quirúrgica exclusivamente evitando las complicaciones por las múltiples resecciones de los riesgos quirúrgicos.

Conclusiones

1. El interferón alfa 2b más la resección quirúrgica, es el tratamiento más satisfactorio para la papilomatosis laríngea.
2. El interferón no substituye al tratamiento quirúrgico.
3. El interferón disminuye la frecuencia de presentación y el tamaño de las lesiones papilomatosas.



Lámina 7
Laringoscopia directa del caso No. 2, que muestra sinequia en comisura posterior.

4. El interferón disminuye el costo del tratamiento y las complicaciones de la papilomatosis.

Referencias Bibliográficas

1. *Holinger P.H.; Schild, J.A.; Mauriz D.G.*: A review of etiology and therapy Laryngoscope 1968; 78:1462-74.
2. *Peter Pare; Robert G. Fraser*: Enfermedades del tórax. Editorial Interamericana 1986.
3. *Pinsker C.T.; Provogo*: Studies on the etiology of papilloma of the larynx. Arch, Otolaryngol 1958:56 268-70
4. *Quick C.A.; Farasa; Krzyzek R.*: The etiology of laryngeal papillomatosis. Laryngoscope 1978;88:1789-95.
5. *Webb W.W.*: Papillomata of the larynx. Laryngoscopy 1956;66:871-918.
6. *Birck H.G.; Manhart H.E.*: Ultrasound for juvenile laryngeal papillomatosis. Arch Otolaryngol 1983;77:603-8
7. *Broyles E.N.*: Treatment of laryngeal papilloma in

children with estroge genic hormone: preliminary report. Bull Johns Hopkins Hosp. 1940;66:319-22.

8. *De Rosa, E.*: Laryngeal papillomas new tratment with lavamisole. Trans am acad. Ofththalmotolaryngol. 1977,84:75-77.
9. *Del Villar; Echeverria E; De Acosta V.; Dibildox J.C; Díaz F.L.*: Laryngeal papillomatosis: it's treatment at the Hospital Infantil de México. Archytolaryngol 1956;64:480-5
10. *Strong M.S.; Vaughan C.W.; Healy G.B.*: Recurrent respiratory papillomatosis: Management with the CO2 Laser. Ann Otol Rhinol Laryngol 1976;85:508-16.
11. *Axel Comholt and Thomas Horn.*: Ultraestructural features of the interferon treated adult laryngeal papilloma. Acta Otolaryngol (Stock) 1985:100 (304-308)
12. *Richard Reid*: Principios físicos y quirúrgicos para el empleo del láser de dióxido de carbono. Ginecología y Obstetricia, 1987, Vol.2:417-439.
13. *Brian F.Mc Cabe.; Keitil F. Clark.*: Interferon and laryngeal papillomatosis. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1983;92:2-7.

Cartas al Director

México, D.F. a 13 de Mayo de 1991

Dr. Rafael García Palmer
Director - Editor
Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

PRESENTE

Estimado Dr. García Palmer:

En relación al editorial publicado en los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología en el volumen XXXV, número 4 de 1990 me permito hacer las siguientes consideraciones:

Llama la atención que el papel que desempeña el médico especialista en Audiología, Foniatría y Comunicación Humana no sea claro y bien definido para algunos Otorrinolaringólogos de nuestro país.

Cabe resaltar en cambio, que la Academia Nacional de Medicina ha dado un lugar indiscutible a nuestra especialidad, al albergar en su seno con carácter de idoneidad al Consejo Mexicano de Audiología, Foniatría y Comunicación Humana. Tal parece que la academia no sufre desorientación o confusión respecto a cual es el papel del especialista ante el enfermo con hipoacusia y vértigo.

Tradicionalmente se piensa, que nuestra especialidad da apoyo exclusivamente a la Otorrinolaringología, olvidando que también otras especialidades como Neurología, Pediatría, Medicina Interna, Cardiología, Psiquiatría, Endocrinología, Medicina del Trabajo, Geriatría, reciben este beneficio.

Queda por demás aclarar, que para ejercer esta especialidad es menester cursar estudios de postgrado por tres años, que avalan el conocimiento clínico del campo.

En estas condiciones cambiantes en que se desarrolla la Medicina Moderna, no se debe pretender detenerla.

ATENTAMENTE

Dra. Araceli Gutiérrez de Velasco

Notas e Informaciones

Congreso Nacional

El XLII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello se celebrará en Morelia, Michoacán, del 1o. al 5 de mayo de 1992. Desde ahora, el Presidente del Comité Organizador, Dr. Héctor Ramírez Ojeda, nos invita al que seguramente será un magnífico congreso.

Informes:

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

Congreso de Rinología

La Sociedad Mexicana de Rinología y Cirugía Facial, anuncia su 3ª reunión anual en el Pto. de Acapulco del 17 al 20 de noviembre de 1991, 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. Víctor Vera Martínez.

Informes e Inscripciones:

Eugenia 13 - 403

Col. Nápoles
C.P. 03810 México, D.F.

Cursos en España

Nos anuncian los siguientes cursos: en el mes de noviembre (18 al 20) 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 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 Otolología García - Ibañez
C/. Dr. Roux, 91 bajos
C.P. 08017 Barcelona, España.

También de España

Del 21 al 25 de Octubre de 1991 y dirigido por el Dr. Fos M. Domnech se celebrará el VI Curso de Patología Quirúrgica del Cuello y Glándulas Salivales.

Del 18 al 22 de noviembre de 1991, se

celebrará el XIII Curso de Otorcirugía y Disección del Hueso Temporal. Ambos en el servicio de otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, bajo la dirección del Prof. Dr. P. Quesada Marín.

Información y correspondencia:

Dr. E. Perello
Servicio de ORL
Anexo, 1ª planta,
Hospital General Universitario
Ciutat Sanitria de la Vall d'Hebron.
C.P. 08035 Barcelona, España.

Congreso de la Fundación Portmann

Del 13 al 16 de Febrero de 1992 se celebrará en Puerto Vallarta, Jalisco, México, el Congreso de la Fundación Portmann, del cual se tiene ya un programa preliminar.

Fundamentalmente los temas serán de controversias en, por ejemplo, Ménière, rinoplastía abierta, quimodectomas, fistulas perilinfáticas, etc., están confirmados un buen número de cursos y minicursos y están invitados a participar eminentes especialistas de todo el mundo.

Los idiomas oficiales de la reunión serán el español, el francés y el inglés.

Mayores Informes:

Dr. Ramón Ruenes
Durango 49 - 301
Col. Roma
México, D.F. C.P. 06700

Mazatlán 91

El XIII Congreso Nacional de la Federación de Sociedades y Colegios de ORL de la República Mexicana se celebrará del 12 al 16 de octubre de 1991 en la ciudad de Mazatlán.

Se tiene confirmada la asistencia de una importante planilla de profesores nacionales y se ha invitado a la Dra. Sabina R. Wullstein (Alemania), al Dr. Jos Traserra (España), al Dr. Eugene Tardy (USA), al Dr. Mansfield Smith (USA), al Dr. Antonio de la Cruz (USA) y al Dr. Miguel Barrón (USA).

Para mayores informes, favor de ponerse en contacto con el presidente del Comité Organizador, Dr. Alfredo Mascareño Garciola o con el secretario Dr. Cosme Anchondo Amezcua en:

Centro Médico Hidalgo
Hidalgo 155 Ote.
Culiacán Sinaloa, México
Tel. 640 - 79

Instituto House

El House Ear Institute nos anuncia sus cursos de disección de hueso temporal, para este año, el costo del curso es de \$ 1, 100.00 U.S. Cy y \$ 875.00 para residentes.

Las fechas de los cursos serán los siguientes: septiembre 8 al 13, octubre 13 al 18, noviembre 17 al 22 y diciembre 8 al 13.

Para mayores informes:

Dr. Antonio de la Cruz
House Ear Institute
2100 West Third Street
Los Angeles California 90057
(213) 483- 4431

Rinoplastía Abierta

Del 8 al 10 de noviembre de 1991, se celebrará en la ciudad de New Orleans un Curso sobre Rinoplastía Abierta que tratará de los tópicos de actualidad sobre el manejo de la cirugía nasal con técnica abierta, el director del curso es el Dr. Calvin M. Johnson.

Para mayores informes:

Dr. Calvin Johnson
Hedgewood Surgical Center
2427 St. Charles Ave.
New Orleans LA 70130

DIRECTORIO DE COLABORADORES

CLARITYNE
LORATADINA 10 mg

CLARITYNE
TABLETAS Y JARABE

Antihistamínico no sedante, de acción prolongada.

FORMULAS:

Cada TABLETA contiene:

10 mg

Loratadina

Cada 5 ml de JARABE contienen:

5 mg

Loratadina

DESCRIPCION: Cada Tableta de CLARITYNE contiene 10 mg de loratadina micronizada y, almidón de maíz, lactosa y estearato de magnesio como ingredientes inactivos.

Cada 5 ml de Jarabe CLARITYNE contiene 5 mg de loratadina micronizada y, propilenglicol, glicerina, ácido cítrico monohidratado, benzoato de sodio, azúcar y sabor artificial de melocotón como ingredientes inactivos.

ACCIONES: Loratadina es un antihistamínico tríclico potente, de acción prolongada, con actividad selectiva, antagonista a los receptores H1 periféricos.

INDICACIONES Y USO: Los productos CLARITYNE están indicados para el alivio de los síntomas asociados con rinitis alérgica, tales como estornudos, secreción nasal (rinorrea) y prurito, además de prurito y ardor oculares. Los signos y síntomas oculares y nasales son aliviados rápidamente después de la administración oral. Los productos CLARITYNE también están indicados para el alivio de los síntomas y señales de urticaria crónica y otras afecciones dermatológicas alérgicas.

POSOLOGIA Y ADMINISTRACION:

Adultos y niños de 12 años y mayores: Una tableta o dos cucharaditas de CLARITYNE (10 mg) una vez al día.

Niños de 2 a 12 años de edad:

Peso corporal >30 kg — 10 mg (dos cucharaditas) de Jarabe CLARITYNE una vez al día.

Peso corporal <30 kg — 5 mg (una cucharadita) de Jarabe CLARITYNE una vez al día.

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS: Cuando se administra concomitantemente con alcohol, loratadina no ejerce efectos potenciados, como lo demuestran las mediciones hechas en estudios del desempeño psicomotor.

Interacciones farmacológicas en pruebas de laboratorio: El tratamiento con los productos 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: Durante estudios clínicos controlados y llevados a cabo en distintos centros alrededor del mundo, la incidencia de efectos adversos asociados al tratamiento con CLARITYNE TABLETAS fue comparable a la asociada con la administración de placebo. En estos estudios, loratadina demostró carencia de propiedades sedantes o anticolinérgicas clínicamente significativas. Fatiga, sedación y dolor de cabeza fueron ocurrencias comunicadas en raras ocasiones después de la administración de loratadina.

De igual forma, la incidencia de efectos adversos asociados con CLARITYNE JARABE ha sido comparable a la de placebo. Durante ensayos clínicos controlados con pacientes pediátricos, la incidencia de dolor de cabeza, sedación y nerviosismo asociada con la administración de loratadina fueron comunicadas en raras ocasiones.

CONTRAINDICACIONES: Los productos CLARITYNE están contraindicados en pacientes que han demostrado hipersensibilidad o idiosincrasias a sus componentes.

PRECAUCIONES: Aún no se han establecido la seguridad y eficacia de los productos CLARITYNE en niños menores de 2 años.

USO DURANTE EL EMBARAZO Y EN MADRES LACTANTES: No se ha establecido si el uso de los productos CLARITYNE 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.

Se ha establecido que loratadina se excreta en la leche humana y debido al riesgo potencial de antihistamínicos para lactantes, particularmente recién nacidos y bebés prematuros, se debe tomar una decisión acerca de suspender la lactancia o suspender la administración del fármaco.

INFORMACION DE SOBREDOSIS: Hasta la fecha no han ocurrido sobredosis con loratadina. Una sola ingestión de 160 mg no produjo efectos adversos. En el caso de una sobredosis, el tratamiento, que debe iniciarse inmediatamente, es sintomático y coadyuvante.

Tratamiento: Debe inducirse el vómito en el paciente, aun en el caso de que hubiese ocurrido émesis espontáneamente. El vómito inducido farmacológicamente, por medio de la administración de jarabe de ipecacuana, es el método preferido. Sin embargo, no se debe inducir vómito en pacientes con menoscabo de la conciencia. La acción de la ipecacuana se facilita con la actividad física y con la administración de 240 a 360 mililitros de agua. Si no ocurre émesis dentro de los 15 minutos de haberse administrado ipecacuana, debe repetirse la dosis. Deben tomarse precauciones contra la aspiración, especialmente en los niños. Después de la émesis, se puede intentar la adsorción de cualquier droga que quede en el estómago con la ayuda de carbón activado, administrado como una suspensión espesa en agua. Si el vómito no ha tenido éxito o está contraindicado, debe realizarse lavado gástrico. El agente preferido para el lavado gástrico es la solución salina fisiológica, especialmente en los niños.

En los adultos se puede usar agua corriente; sin embargo, antes de proceder a la siguiente instilación se debe quitar tanto volumen del líquido administrado como sea posible. Los agentes cáusticos salinos atraen agua dentro de los intestinos, por ósmosis y, por lo tanto, pueden ser valiosos por su acción diluyente rápida del contenido intestinal. La loratadina no es depurada mediante hemodíalisis en grado alguno apreciable. Después de administrar tratamiento de urgencia, se debe mantener al paciente bajo vigilancia médica.

PRESENTACION: CAJA CON 10 Y 20 TABLETAS

CAJA CON UN FRASCO CON 60 ml.

Almacénese entre 2 y 30°C.

REGS. Nos. 045M88 S.S.A. y 001M89 S.S.A.

Si usted requiere mayor información solicítela a la Dirección Médica, al 670-30-11.

I. Méd. RBE-460/J.

I. Méd. OKE-1740/J.

Are 13991-CLE

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

Schering-Plough

AMERICAN OVERSEAS TRADING

Audiometría

ASTRA

Bricanil,

BEECHAM

Augmentin Eskatlam, Vontrol

CIBA - GEIGY

Cataflan DD

DPSTO. DENTAL INS.

Productos Médicos y Quirúrgicos

DEWIMED. S.A.

Instrumental para Microcirugía
y Equipo Médico

FARMITALIA

Kelfiprim

GLAXO

Zinnat, Ceporex, Beconase

GRUPO ROUSSEL

Cervilan, Rulid

HUERTA MEDICA

Aparatos Auditivos y
Material Quirúrgico

JANSSEN

Stugeron retard

LEPETIT

Teldane - D

PROMECCO

Mucosolvan, Lonoloral

PFIZER

Unasyna

ROCHE

Rocephin

RESONANCIA MAGNETICA

Resonancia Magnética
un diagnóstico preciso

CLINICA LONDRES, S.A. DE C.V.

SYNTEX

Febrax, Flanax

STORZ

Instrumentos y Endoscopia
para ORL

SHERING - PLOUGH

Clarityne

UPJOHN

Ansaid, Dalacin - C



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

**Atentamente
Gerente General
Lic. Joaquín Bohigas
Tel. 5439363**

Eskafiam

Formulación:

Cada tableta contiene:

Nimesulide 100 mg
Excipiente c.b.p. 1 tableta

Información clínica:

Indicaciones terapéuticas: Procesos inflamatorios de las vías respiratorias altas (farinitis, faringoamigdalitis, faringoamigdalotomía, sinusitis, otitis), como coadyuvante.

Dismenorrea, inflamación y dolor dental, traumatismos (Luxaciones, esguinces, torceduras, fracturas), artritis reumatoide, osteoartritis, bursitis. En intervenciones quirúrgicas y clínicas que cursen con inflamación y dolor.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad al producto, al ácido acetilsalicílico, o los otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos. No se debe administrar en sujetos con hemorragia gastrointestinal activa o úlcera gastroduodenal en fase activa, di-tropenias, insuficiencia cardíaca, renal y hepática, hipertensión arterial severa.

Efectos indeseables:

Normalmente, a las dosis recomendadas, Eskafiam es bien tolerado. Ocasionalmente se observa la aparición de efectos secundarios como la pruritis, náuseas y gastralgia leves y transitorios, rara vez a tal grado que se requiere la suspensión del tratamiento. Se han observado casos raros de erupción cutánea de tipo alérgico.

Aunque durante el uso de Eskafiam no se han advertido señales en este sentido, se deberá tener presente que este producto, de manera similar a lo que sucede con otros fármacos no esteroideos, podría causar vértigo y somnolencia, sensibilidad a úlceras pépticas y/o sangrado gastrointestinal, aunque no al Síndrome de Stevens-Johnson.

Precauciones para su uso.

Eskafiam debe ser utilizado con precaución en pacientes con anamnesis de padecimientos hemorrágicos, en pacientes con patología del aparato gastrointestinal superior y en sujetos sometidos a tratamiento con anticoagulantes o fármacos que inhiben la agregación plaquetaria. Dado que el fármaco se elimina predominantemente por vía renal, en los pacientes que padecen insuficiencia renal es necesario reducir la posología en relación a la tasa de filtración glomerular. Este producto no se debe administrar a pacientes que padecen insuficiencia renal grave.

Si logran o produjere alteraciones de tipo ocular como con otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos, o si ocurrieran trastornos de la visión, será necesario interrumpir el tratamiento y llevar a cabo un examen oftalmológico.

Embarazo y lactancia:

Aunque la investigación experimental con Eskafiam no ha mostrado toxicidad embrio-fetal, igual como sucede con todos los fármacos nuevos, no se recomienda su uso durante el embarazo. Hasta el momento no se sabe si Eskafiam se excreta en la leche materna, por lo tanto no se aconseja su administración durante el lactancia, ni en niños menores de 12 años.

Interacción Medicamentosa y Otros:

Los pacientes deberán ser vigilados muy rigurosamente si al mismo tiempo se están administrando otros sustos que tienen tolerancia gástrica limitada.

El uso simultáneo de Eskafiam y otros fármacos anticoagulantes hacen aumentar el efecto de estos últimos.

La administración simultánea de litio conjuntamente con Eskafiam provoca un aumento de los niveles plasmáticos de litio. A causa del elevado índice de unión de Eskafiam con las proteínas plasmáticas, los pacientes que están recibiendo simultáneamente hidantoinas y sulfamidas deberán ser vigilados muy rigurosamente.

Posología y Modo de Administración:

100 mg, 2 veces al día que se pueden aumentar hasta 200 mg, 2 veces al día según la severidad de los síntomas y la respuesta del paciente. Se recomienda administrar el fármaco después de los comidas.

En el caso de pacientes ancianos, el médico deberá establecer un régimen de tratamiento que deberá considerar una reducción de la dosificación ya mencionada.

Sobredosisificación:

En caso de sobredosis recurrir al tratamiento sintomático (lavado gástrico y administración de carbón activado).

Advertencias:

El producto deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal. Mantener lejos del alcance de los niños.

Dosificación:

Infecciones del tracto respiratorio superior, traumatismos, artritis reumatoide, intervenciones quirúrgicas y cualquier entidad que curse con inflamación y dolor. 1 tab. cada 12 horas.

Dismenorrea: 1 tab. cada 12 horas durante 10 días, empezando 5 días antes del sangrado.

Presentación:

Caja con 10 tabletas con 100 mg de Nimesulide cada una.

Caja con 30 tabletas con 100 mg de Nimesulide cada una.

VONTROL*

ANTIEMETICO

COMPOSICION/TABLETAS: Cada tableta contiene 25 mg. de difenidol como clorhidrato.

AMPULA: Cada ampula de 2 ml. contiene, en solución acuosa, 40 mg. (20 mg./ml.) de difenidol.

NOMBRE QUIMICO: difenil-piperidinbutanol.

ACCION: En vértigo VONTROL aparentemente ejerce una acción antiveriginosa específica sobre el aparato vestibular.

En náuseas y vómito: El VONTROL inhibe la zona quimiorreceptora que controla la náusea y el vómito.

INDICACIONES: Para prevención y control del vértigo: VONTROL está indicado para la prevención y control del vértigo periférico, como se ha visto principalmente en la enfermedad de Ménière, laberintitis, otitis media, cirugía del oído medio e interno, trauma al aparato vestibular, y enfermedad del movimiento. El VONTROL también puede ser útil para el control del vértigo central en casos tales como: La insuficiencia de la arteria basilar-vertebral, ciertos accidentes cerebrovasculares y sus secuelas, infecciones tales como: abceso cerebeloso y trauma que involucre al sistema nervioso central. Para prevención y control de náuseas y vómito: El VONTROL está indicado para la prevención y control de náuseas y vómito causado por enfermedades que afectan riñones, hígado, vesícula biliar y tracto gastrointestinal, alteraciones laberínticas, neoplasias malignas, radioterapia, agentes emetizantes (p. ej., drogas, intoxicación alimenticia), estados postquirúrgicos, enfermedades del movimiento.

DOSIS Y ADMINISTRACION: Dosis para adultos 1 a 2 ml cada cuatro horas.

TABLETAS: La dosis es una tableta (25 mg) cada cuatro horas según sea necesario. Algunos pacientes pueden requerir dos tabletas (50 mg) cada cuatro horas.

INYECCION INTRAMUSCULAR: Para un control rápido de los síntomas agudos, 1 a 2 ml (20-40 mg) para inyección intramuscular profunda. Si los síntomas persisten, otro ml puede ser inyectado una hora después. A partir de entonces, administrar 1 a 2 ml cada cuatro horas.

INYECCION INTRAVENOSA: (pacientes hospitalizados). Para un control rápido de los síntomas, 1 ml (20 mg) puede inyectarse directamente en solución o a través de venoclisis ya en la aplicación. Si los síntomas persisten, puede ser inyectado otro ml después de una hora.

Posteriormente, al paciente se le debe cambiar la vía de administración a oral o intramuscular. No se recomienda la administración intravenosa o subcutánea, debe tenerse cuidado para evitar la infiltración subcutánea o perivascular.

Dosis pediátrica para náuseas y vómitos

NOTAS: VONTROL no se recomienda para niños de menos de seis meses de edad.

No se recomienda la administración intravenosa o subcutánea en niños de cualquier edad.

La dosis unitaria en niños se calcula mejor por peso corporal usualmente 1 mg/kg oral y 0.5 mg/kg intramuscularmente.

Cuadro de dosis Pediátricas (dosis por unidad)

PESO	INTRAMUSCULAR (solución-inyección)	ORAL Tabletas
12 a 24 Kg.	1/4 a 1/2 (5-10 mg) para inyección profunda	
24 a 36 Kg.	1/2 a 3/4 ml (10-15 mg) para inyección profunda	1 tableta
36 Kg o más	3/4 a 1 ml (15-20 mg) para inyección profunda	de 25 mg

Normalmente en los niños no deben darse con frecuencia mayor a cada cuatro horas. Sin embargo, si persisten los síntomas después de la primera dosis, puede repetirse una dosis oral o intramuscular después de una hora. Después, la dosis puede darse cada cuatro horas según sea necesario. No debe excederse la dosis total de 24 horas por arriba de 5 mg/kg oral ó 3 mg/kg intramuscularmente.

CONTRAINDICACIONES: Una contraindicación es la hipersensibilidad conocida a la droga. La anuria es una contraindicación (aproximadamente el 90% de la droga se excreta en la orina, cuando disminuye el funcionamiento renal se puede acumular sistémicamente). En embarazo y glaucoma.

PRECAUCIONES: El efecto antiemético del VONTROL puede enmascarar signos de sobredosis de medicamentos (p. ej., digital) o puede oscurecer el diagnóstico de trastornos tales como obstrucción intestinal o tumor cerebral. VONTROL tiene una acción central débil de agente anticolinérgico semejante a cuando se han usado en la terapia agentes como atropina y escopolamina. Estas reacciones pueden ocurrir dentro de los tres días posteriores al inicio de la terapia y desaparecen espontáneamente cuando se suspende la droga. Por lo tanto VONTROL no debe usarse con drogas anticolinérgicas, ni en pacientes hipersensibles a esas drogas. Se debe suspender la droga inmediatamente si tales síntomas ocurren. No debe indicarse la administración intravenosa a personas con antecedentes de taquicardia sinusal, porque este procedimiento puede precipitar un ataque en tales pacientes.

REACCIONES SECUNDARIAS: Alucinaciones auditivas y visuales, desorientación y confusión mental se han reportado con dosis terapéuticas.

Puede ocurrir adormecimiento, sobrestimulación, depresión, alteraciones del sueño, boca seca p. ej., irritación indúsea e indigestión o visión borrosa. Rara vez ocurre vértigo moderado, rash cutáneo, malestar general y cefalea. Se ha reportado ligera cefalea de relación dudosa al uso de VONTROL. También disminución transitoria de la presión sanguínea en pocos pacientes. En unos cuantos pacientes ha sido reportada una caída ligera transitoria de la presión sistólica y diastólica, hasta de 15-20 mm Hg respectivamente (aun dentro de los límites normales), después del empleo parenteral de VONTROL.

SOBREDOSIS: En caso de sobredosis, el paciente debe ser manejado de acuerdo a sus síntomas. El tratamiento es esencialmente de sostén con mantenimiento de la presión sanguínea y respiración, además de una observación cuidadosa. Con una sobredosis oral está indicado el lavado gástrico, dependiendo de la cantidad de sobredosis y el intervalo de los síntomas.

PRESENTACIONES: Tabletillas de 25 mg en natural con 25.

Solución inyectable en ampollitas de 2 ml (20 mg/ml) en caja con 2.

Cave sector público Difenidol Tabletillas 3111.

Difenidol Ampollitas 3112.

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

Reg. Núm. 66975 y 66976, S.A. I. Med. QIE-1412/J

REFERENCIAS:

1. Historias clínicas documentales y archivadas en el Departamento Médico de los Laboratorios Smith Kline and French, de Filadelfia E.U.A.

Hecho en México por:

SMITH KLINE AND FRENCH

Av. Universidad No. 1449

Delegación Alvaro Obregón

C.P. 01000 México, D.F.

* Marca registrada para el difenidol de SK6F.

SmithKline Beecham

Clave: 70650591

SB
SmithKline Beecham
AV. UNIVERSIDAD 1449
DELEGACION ALVARO OBREGON
01030 MEXICO, D.F.



OTITIS MEDIA:

Una situación dolorosa

con antecedentes de recurrencia

La actividad del clavulanato resuelve el problema

A La otitis media aguda puede convertirse en otitis media secretora y en sordera ⁽¹⁾

A La eliminación de organismos productores de Betalactamasa previene estas complicaciones ⁽²⁾

A Un alto porcentaje inicial de éxito... **98%** curados

A Y con un seguimiento de 28 días... **98%** permanecieron curados sin recurrencia de síntomas

AUGMENTIN*

Clavulanato de Potasio

**Más éxitos clínicos...
con su primera receta**

SB SmithKline Beecham
Farmacéutica

De la investigación y desarrollo



Pfizer

*Amplio espectro de actividad
contra los patógenos
gram positivos y negativos
tanto aerobios como anaerobios,
incluyendo a los productores de
betalactamasas.*

*Un sinergismo antibiótico, que aumenta
la eficacia bactericida de la ampicilina
contra los patógenos resistentes debido
a las betalactamasas.*

Alta eficacia clínica y bacteriológica (1)

	<i>Curación Clínica (%)</i>	<i>Erradicación Bacteriológica (%)</i>
<i>Infecciones de oído, nariz y garganta.</i>	100.0	96.8
<i>Infecciones respiratorias bajas</i>	93.8	89.5

Para mayor información, por favor consultar con el Departamento médico de Pfizer.

(1) Datos en los archivos de Pfizer Internacional. Ver información para prescribir.

Marca Registrada. Reg. No. 240M87, 094M88, 095M88 S.S.A. Clave: 262-090-09-08. I. Med. PKE 1817/J

Un nuevo enfoque en el tratamiento de las infecciones respiratorias

- Satisfactorio perfil de seguridad.
- Cómoda dosificación para la mayoría de las infecciones, con tres presentaciones que facilitan su administración.

Adultos y niños ≥ 30 kg	Infección leve a moderada
Tabletas de 375 mg de Sultamicilina.	1 a 2 tabletas cada 12 hrs.
Frasco ampula 250/500 mg Sulbactam/Ampicilina.	1 frasco ampula cada 12 hrs. Las infecciones más severas pueden tratarse con dosis cada 6 u 8 horas.
Niños < 30kgs.	Dosis ponderal
Cucharadita 5 ml. con 250 mg de sultamicilina.	25 a 50 mg kg/día, dependiendo de la severidad de la infección, repartida en dos tomas.

NASYNA

M.R.

IM/IV
ORALsulbactam/ampicilina
sultamicilina

DIVISION FARMACEUTICA

Líder mundial en investigación de antibióticos

MUCOSOLVAN

en la clínica ORL

Otitis media

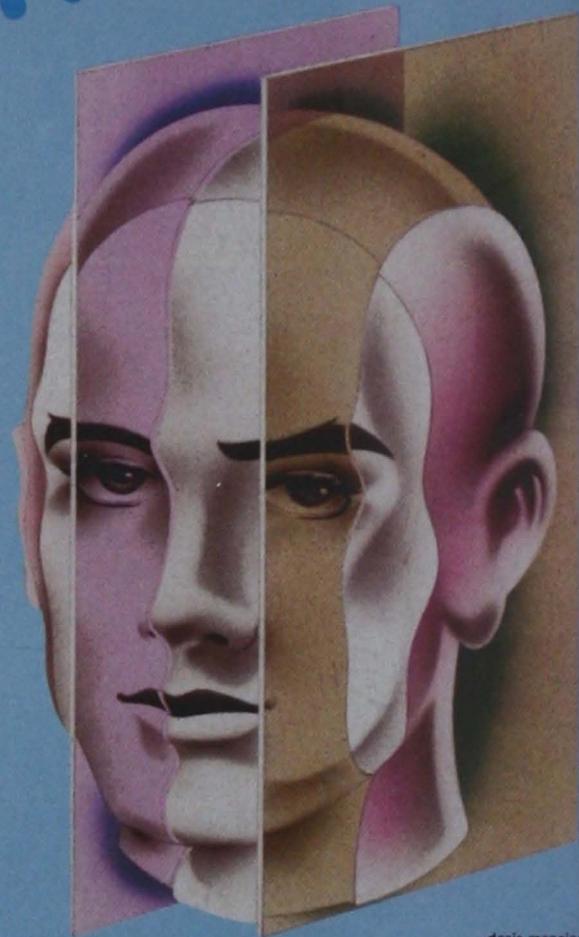
incrementa el surfactante en el oído medio, mejorando el drenaje de las secreciones.

Sinusitis

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

BIBLIOGRAFIA

- 1) Iravani, J., Melville, G.N.: Mucociliary function of the respiratory tract as influenced by drugs. *Respiration* 31,350-357 (1974).
- 2) Bertoli, L., Rizzato G., Bauffi F., Possa M., Magri G. *Lancet* Science Publishers B.V.
- Hills B.A. ANALISIS OF EUSTACHIAN SURFACTANT AND ITS ACTION AS A RELEASE AGENT Arch. Otolaryngol. 1984; 110:3-9.
- Hills B.A. HYDROPHOBIC LINING OF THE EUSTACHIAN TUBE PARTED BY SURFACTANT. Arch. Otolaryngol. 1984; 110:779-782.
- Mira E. et al. PROPRIETA TENSIOATTIVE DELLA MUCOSA DELLA TUBA DI EUSTACHIO POSSIBILI CORRELAZIONI CON IL SURFACTANTE ALVEOLARE. *Revista Italiana di Audiologia e Foniatria* 1985, 1, 5, No. 3 349-353.
- Brown D.T. et al. DRUGS AFFECTING CLEARANCE OF MIDDLE EAR SECRETIONS: A PERSPECTIVE TO THE MANAGEMENT OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION. *Otolaryngol. Mead Neck Surg.* 1985; 94:3-13.



INDICACIONES:

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

MUCOSOLVAN* Solución Oral, Comprimidos y Gotas puede administrarse asociado con antibióticos, broncodilatadores y con cualquier fármaco de uso común en tratamiento de las patologías de las vías aéreas.

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

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

FORMULA: Solución c/100 ml: Clorhidrato de Ambroxol 0.300 g
Comprimidos: c/comp. contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.030 g
Solución Inyectable: c/ampta. 2 ml contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.015 g

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

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

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

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

dosis mencionada. La dosis pediátrica es de 1.2 a 1.6 mg/kg/día. MUCOSOLVAN* RETARD: Mayores de 12 años y adultos: 1 cápsula al día por la mañana o por la noche. Niños hasta 2 años: 1 ml. (20 gotas) 2 veces al día. Niños de 2 a 5 años: 1 ml. (20 gotas) 2 a 3 veces al día. De 5 a 12 años: 2 ml. (40 gotas) 2 a 3 veces al día.

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

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

INTERACCION MEDICAMENTOSA: MUCOSOLVAN* Sol., Oral Comp., Retard y Gotas pueden ser administrados en combinación con otros medicamentos sin riesgo de interacciones adversas, esta observación es válida sobre todo para tratamientos concomitantes con drogas utilizadas rutinariamente en los pacientes hospitalizados especialmente en unidades de terapia intensiva como: glucósidos cardíacos, diuréticos, corticosteroides y broncodilatadores.

MUCOSOLVAN INYECTABLE se puede administrar por venoclisis o mezclado en soluciones fisiológicas o glucosadas al 5 y 10% o en solución de Ringer.

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

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

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

PRESENTACIONES: Solución con 120 ml. Comprimidos con 20

Solución Inyectable caja con 10 ampollitas de 2 ml. Retard caja con 10 cápsulas de liberación prolongada. Gotas frasco con 30 ml.

Via de Administración: Oral o I.M. o en Venoclisis.

Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos. Regs. Nos.: 005M83, 100M83, 101M83, 028M84 y 101M85 S.S.A.

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

Hecho en México por

Promeco, S.A. de C.V.
Calle del Maíz No. 49
16090 México, D.F.

Mucosolvan Retard
Fabricado por Dr. Karl Thomas GMBH
Biberach An Der Riss, Alemania

Envasado en México por
Promeco, S.A. de C.V.





Smith+Nephew



TUBOS DE VENTILACION
INSTRUMENTAL OTOLOGICO
INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA PLASTICA
FUNDAS ESTERILES PARA MICROSCOPIOS Y EQUIPOS
INSTRUMENTAL DESECHABLE
SISTEMAS DE FRESADO
SINUS-ENDOSCOPIA
IMPLANTES DE OIDO MEDIO

NORMED

MEDIZIN-TECHNIK GMBH

MICRO INSTRUMENTAL MAXILOFACIAL
INSTRUMENTAL EN GENERAL



UNIDADES PARA TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO O.R.L.
EQUIPO PARA PRUEBAS VESTIBULARES
SINUS-ENDOSCOPIO DIGITAL
SILLONES

SERVICIOS:

RESTAURACION, REPARACION Y
MANTENIMIENTO DE INSTRUMENTAL
Y EQUIPOS MEDICOS



DEPOSITO DENTAL INSURGENTES, S.A. DE C.V.
PRODUCTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS

VENTAS

Av. Insurgentes Sur No. 273-2o. Piso Col. Roma México 06700, D.F.
Tels. 584-3295 574-4471 574-4571

Fax. 516-2468

OFICINAS

Avenida 1 No. 100 Col. San Pedro de los Pinos México 03800, D.F.
Tels. 272-7898 272-9975 272-7030

Cápsulas, tabletas y suspensión Antibiótico bactericida de amplio espectro

FORMULA: Cada CÁPSULA 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:** Ceponex es un antibiótico bactericida del grupo de las Cefalosporinas, activo contra una amplia gama de gérmenes Gram-positivos y Gram-negativos. Está indicado en el manejo de las siguientes infecciones, cuando sean causadas por gérmenes susceptibles: infecciones del tracto respiratorio, infecciones de las vías urinarias, infecciones ginecológicas y obstétricas, infecciones de piel y tejidos blandos, infecciones del hueso, oído y ojo, infecciones venéreas. **ESPECTRO ANTI-BACTERIANO:** CEPOREX es activo contra una amplia variedad de bacterias gram-positivas y gram-negativas. Tanto las cepas de enterococos productores de penicilinas como las no productoras de penicilinas son susceptibles; sin embargo, las cepas meticilinoresistentes, raramente encontradas, habitualmente no son sensibles. CEPOREX es muy activo contra *Streptococcus pyogenes*, *Diplococcus pneumoniae*, *Corynebacterium diphtheriae* y *Streptococcus viridans*. La sensibilidad del *Strep. faecalis* es muy variable. La *Neisseria gonorrhoeae* y *N. meningitidis* son altamente sensibles. Los bacilos patógenos comunes gram-negativos son sensibles, incluyendo la mayoría de las cepas de *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* y muchas cepas de *Haemophilus influenzae*. La *Salmonella* y la *Shigella spp.* son también sensibles. La cefalexina es poco activa contra *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris* o *Aerobacter aerogenes*. No presenta actividad contra *Pseudomonas aeruginosa* (*pyocyanea*), *proteiformis* o *vinii*. **DOSIIFICACION: ADULTOS:** La mayoría de las infecciones responden a la dosis de 1-2 g diarias divididas en 2 a 4 tomas. Para infecciones graves o profundas, la dosis puede aumentarse a 1 g tres veces al día, o bien 1.5 g cuatro veces al día. Niños: 1 g dos veces al día. **GRUPOS:** HOMBRES: 3 g a 1 g de Probenecid. MUJERES: 2 g a 0.5 g de Probenecid. **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—42.5-105 mg dos veces al día, 4 meses-2 años—125-250 mg dos veces al día, 2-6 años—250-500 mg dos veces al día, 7-12 años—500 mg 1 g dos veces al día. Para la mayoría de las infecciones agudas, el tratamiento debe continuarse hasta dos días después de que la sintomatología ha desaparecido. En infecciones crónicas complicadas de vías urinarias y oído se recomienda continuar con el tratamiento durante dos semanas. En pacientes con insuficiencia renal la dosis máxima recomendada (adultos 5 g/día y niños 4 g/día). Se deberá reducir proporcionalmente. Pacientes sueltos bajo diálisis deberán recibir 200 mg de Ceponex adicionalmente después de la diálisis y en el caso de niños, 8 mg/kg.

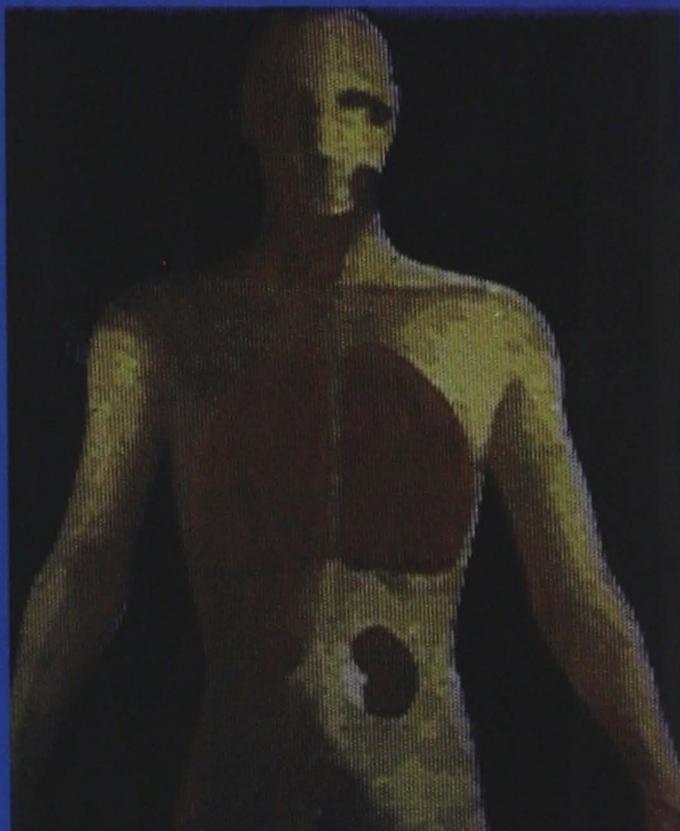
CONTRINDICACIONES: Hipersensibilidad a las cefalosporinas. **PRECAUCIONES:** La experiencia clínica no ha demostrado teratogenicidad por Ceponex, sin embargo, al igual que con todos los medicamentos, su empleo durante el primer trimestre del embarazo se debe hacer con precaución. En los pacientes tratados con Ceponex, puede ocurrir una reacción falsa positiva para la glucosa en la orina, con la ensayo Benedict o Fehling, o con tabletas Clinimat, pero no con las pruebas enzimáticas. Una vez reconstituida la suspensión, conserva su potencia durante 5 días a una temperatura menor de 30°C o durante 14 días debajo de 20°C (no se debe congelar). **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Una pequeña proporción de los pacientes que reciben cefalexina pueden experimentar trastornos gastrointestinales, tales como náuseas, vómito, diarrea, anorexia o malestar abdominal generalizado. Como con todos los antibióticos de amplio espectro, puede aparecer superinfección (algunas veces moniliforme) y en ocasiones vulvovaginitis. Raramente ha ocurrido neutropenia reversible en algunos pacientes. Son poco comunes las erupciones generalizadas, urticaria o erupción maculopapular generalizada, pero en pacientes alérgicos a las penicilinas se puede inclusive experimentar una reacción cruzada. **ROBREDOSIFICACION:** Los niveles de cefalexina se pueden reducir por medio de diálisis. **PRESENTACIONES:** Ceponex Cápsulas: Caja con 12 cápsulas de 250 mg o 500 mg. Ceponex Suspensión: Frasco de 100 ml con 125 a 250 mg por 5 ml. Ceponex Tabletas: Caja con 6 tabletas de 1 gramo.

Ceponex es marca registrada. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos. Reg. No. 7420, 7024 y 13781 S.S.A. 1. Med. NIE-15142.

Glaxo de México, S.A. de C.V.
Cienfuegos 133, Col. Granjas Esmeralda
06610 México, D.F.
Glaxo Holdings, L.M.
London, Inglaterra



Resultados desde la primera toma. Recuperación más rápida.



Beneficios del tratamiento de las infecciones comunes.

Ceporex

Cefalexina, Glaxo

Glaxo Pionero en Penicilinas;
Lider en Cefalosporinas

EN RINITIS ...

NUEVO BECONASE AQUA

(dipropionato de beclometasona, monohidratado)



**acción directa
y refrescante**

**Alivia con sensación
de frescura los
síntomas de las rinitis.**

- ESTORNUDOS
- PRURITO NASAL
- RINORREA
- CONGESTION NASAL



INFORMACION PARA PRESCRIBIR

Beconase Aqua

suspensión

ANTIINFLAMATORIO NASAL

PARA EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE TODO TIPO DE RINITIS

FORMULA:

Cada 100 ml contienen:

Dipropionato de Beclometasona 0.050 g.

Vehículo c.b.p. 100 ml.

DESCRIPCION:

El spray nasal de dipropionato de beclometasona es una suspensión permanente del medicamento en una base acuosa blanda.

El dipropionato de beclometasona es un corticosteroide sintético para uso tópico, con actividad anti-inflamatoria.

INDICACIONES:

El spray nasal acuoso Beconase, está indicado para la profilaxis y el tratamiento de la rinitis alérgica estacional y perenne, incluyendo la fiebre del heno y la rinitis vasomotora inespecífica y la medicamentosa, así como polipos nasales.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad al dipropionato de beclometasona.

PRECAUCIONES:

Las infecciones de las vías nasales y de los senos paranasales, deberán ser tratadas convenientemente, pero no constituyen una contraindicación específica al tratamiento con el spray nasal acuoso Beconase.

Aunque el spray nasal acuoso Beconase controlará la rinitis alérgica en la mayoría de los casos, una provocación anormalmente alta con alérgenos veraniegos puede obligar, en ciertas ocasiones, a tomar una terapia adicional apropiada para controlar los síntomas oculares.

DOSIS Y ADMINISTRACION:

El spray nasal acuoso Beconase, debe administrarse solamente por vía intranasal.

ADULTOS Y NIÑOS:

La dosis recomendada es de dos aplicaciones en cada fosa nasal, dos veces al día, en adultos y de una aplicación en cada fosa nasal 2 veces al día en niños.

La administración total diaria, no debe exceder de 8 aplicaciones.

Para obtener un buen efecto terapéutico, es esencial el uso regular del medicamento. Hay que procurar que el paciente coopere en el cumplimiento con la pauta de dosificación regular, y debe explicársele que normalmente no se obtiene mejoría tras las primeras dosis.

PRESENTACION:

Beconase Aqua se presenta en frasco de vidrio neutro con bomba atomizadora y dosificadora especialmente para aplicación intranasal.

La válvula dosificadora libera 50 mcg del principio activo.

Cada frasco libera 200 dosis.

Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos. I. Méd.: QHE-1181/

Glaxo de México, S.A. de C.V.

Calz. México - Xochimilco No. 4900

Col. San Lorenzo Huipulco

Apartado Postal 22-748 14001 México, D.F.

Glaxo Holdings, Ltd. Londres, Inglaterra

Glaxo

UNASYNA^{MR}

IM/IV
subactam/ampicilina

UNASYNA^{MR}

ORAL
sultamicilina

I. ACCIONES

UNASYNA IM/IV es eficaz contra una amplia gama de bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, incluyendo: *Staphylococcus aureus* y *epidermidis* (incluyendo cepas resistentes a penicilina y algunas resistentes a meticilina); *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus faecalis* y otras especies de *Streptococcus*; *Haemophilus influenzae* y parainfluenzae (betalactamasas positivas y negativas); *Branhamella catarrhalis*; anaerobios; incluyendo *Bacteroides fragilis* y especies relacionadas; *Escherichia coli*; especies de *Klebsiella*; especies de *Proteus* (indol-positivos e indol-negativos), especies de *Enterobacter*; *Neisseria meningitidis* y *Neisseria gonorrhoeae*.

II. INDICACIONES

UNASYNA IM/IV está indicada en infecciones causadas por microorganismos susceptibles. Indicaciones típicas son las infecciones del tracto respiratorio alto y bajo, incluyendo sinusitis, otitis media y epiglotitis, las neumonías bacterianas, las infecciones del tracto urinario y pielonefritis; las infecciones intraabdominales, incluyendo peritonitis, colecistitis, endometritis y celulitis pélvica; septicemia bacteriana; infecciones en piel, tejidos blandos, huesos y articulaciones e infecciones gonocócicas.

UNASYNA IM/IV también puede administrarse en el período perioperatorio y en forma profiláctica.

III. DOSIS Y ADMINISTRACION

Para su administración intravenosa, UNASYNA debe ser reconstituida con agua estéril inyectable, o cualquier solución compatible. La dosis se puede administrar por inyección intravenosa directa en un mínimo de tres minutos, o en mayores diluciones, ya sea directamente como infusión durante 15-30 minutos.

UNASYNA IM/IV puede administrarse también mediante inyección intramuscular profunda. Si se experimenta dolor, se puede usar, para la reconstitución del polvo, una solución estéril de clorhidrato de lidocaína anhidra al 0.5%.

La dosis habitual de UNASYNA IM/IV es de 1.5 a 12 g, por día, en dosis divididas cada 6 u 8 horas, hasta alcanzar la dosis máxima diaria de subactam de 4 g. Las infecciones menos severas pueden tratarse con dosis cada 12 horas.

La dosis de Subactam/Ampicilina para la mayoría de las infecciones en niños, infantes y neonatos es de 150 mg/kg/día (correspondiente a 50 mg/kg de subactam y 100 mg/kg de ampicilina). La dosis se reparte, por lo general, en 3-4 aplicaciones (cada 8-6 horas), de acuerdo a lo que se acostumbra para la ampicilina.

El tratamiento se continúa comúnmente hasta 48 horas después de que la fiebre y otros signos anormales se han resuelto. Normalmente, se da un tratamiento por 5 a 14 días, pero este período puede ser prolongado, o puede administrarse ampicilina adicional, en aquellos casos muy severos.

En pacientes con daño severo de la función renal (depuración de creatinina menor de 30 ml/min), la dosis de UNASYNA IM/IV debe ser administrada menos frecuentemente de acuerdo con la práctica común con la ampicilina. En el tratamiento de pacientes con ingesta restringida de sodio, debe advertirse que 1500 mg. de UNASYNA IM/IV contienen aproximadamente 115 mg. (5 mmol) de sodio.

Para la profilaxis de infecciones quirúrgicas, deben administrarse 1.5-3 g. de UNASYNA IM/IV durante la inducción anestésica.

Para el tratamiento de la gonorrea no complicada, deberá administrarse una sola dosis de 1.5 g. de UNASYNA IM/IV, junto con 1 g. de probenecid por vía oral para prolongar las concentraciones.

Estabilidad y Compatibilidad

El subactam sódico es compatible con la mayoría de las soluciones intravenosas, pero la ampicilina sódica y, en consecuencia, UNASYNA IM/IV, son menos estables en soluciones que contienen dextrosa y otros carbohidratos, no debiendo mezclarse con productos sanguíneos o hidrolizados de proteína. La ampicilina y, por lo tanto UNASYNA IM/IV, son incompatibles con aminoglicosidos y no deben ser mezclados en el mismo frasco. La solución concentrada para administración intramuscular debe usarse dentro de la primera hora de reconstitución.

IV. CONTRAINDICACIONES

El uso de esta combinación está contraindicado en personas con antecedentes de reacción alérgica a cualquiera de las penicilinas.

V. ADVERTENCIAS

Se han informado reacciones de hipersensibilidad serias y ocasionalmente fatales (anafilácticas) en pacientes tratados con penicilina. Si se presenta una reacción alérgica, el medicamento debe suspenderse e instituirse una terapia apropiada.

Las reacciones anafilácticas serias requieren de un tratamiento de emergencia con adrenalina. Debe administrarse oxígeno, esteroides intravenosos y vigilarse las vías aéreas, incluyendo intubación si está indicada.

Uso en el embarazo

No se ha establecido la seguridad para su uso durante el embarazo.

VI. PRECAUCIONES

Es esencial una constante observación de signos de sobrepoblación de organismos no susceptibles, incluyendo hongos. Si ocurre una superinfección, el medicamento debe discontinuarse y/o instituirse una terapia apropiada.

VII. REACCIONES ADVERSAS

Al igual que con otros antibióticos administrados por vía parenteral, el principal efecto colateral observado es dolor en el sitio de la inyección, especialmente con la vía de administración intramuscular. Un pequeño número de pacientes pueden desarrollar fiebriles después de la administración intravenosa.

Gastrointestinales

Las más comunes son: náusea, vómito y diarrea.

Piel

Las más comunes son: rash, prurito y otras reacciones de la piel.

Sistema hematopoyético y linfático

Se han observado elevaciones transitorias de aspartato y alaninotransaminasas.

VIII. PRESENTACION Y COMPOSICION

La combinación subactam sódico/ampicilina sódica para parenteral, está disponible en frascos como un polvo seco para reconstitución, conteniendo el equivalente a 1000 mg. + 2000 mg., 500 mg. + 1000 mg., 250 mg. + 500 mg., 125 mg. + 250 mg. de subactam y ampicilina, respectivamente.

I. ACCIONES

La biodisponibilidad de una dosis oral es del 80% de una dosis igual de subactam y ampicilina administradas por vía intravenosa. Su administración después de la ingestión del alimento no afecta su biodisponibilidad sistémica. Los niveles séricos máximos de ampicilina obtenidos posteriormente a la administración de sultamicilina, son aproximadamente el doble de los obtenidos con una dosis equivalente de ampicilina por vía oral.

La sultamicilina de Pfizer es activa contra una amplia gama de bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, incluyendo: *Staphylococcus aureus* y *epidermidis* (incluyendo cepas resistentes a penicilina y algunas resistentes a meticilina); *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus faecalis* y otras especies de *Streptococcus*; *Haemophilus influenzae* y parainfluenzae (tanto cepas betalactamasas positivas como negativas); *Branhamella catarrhalis*; anaerobios, incluyendo *Bacteroides fragilis* y especies relacionadas; *Escherichia coli*; especies de *Klebsiella*; de *Proteus* (indol-positivos e indol-negativos); especies de *Enterobacter* y *Neisseria gonorrhoeae*.

II. INDICACIONES

La sultamicilina de Pfizer está indicada para el tratamiento de infecciones causadas por cepas sensibles. Las indicaciones típicas son infecciones del aparato respiratorio superior, incluyendo sinusitis, otitis media y amigdalitis; infecciones del aparato respiratorio inferior, incluyendo neumonías bacterianas y bronquitis; infecciones urinarias y pielonefritis; infecciones de piel y tejidos blandos e infecciones gonocócicas.

III. DOSIS Y ADMINISTRACION

La dosis de sultamicilina para adultos (incluyendo ancianos) es de 375-750 mg., dos veces al día. La dosis de sultamicilina para la mayoría de las infecciones en niños que pesen menos de 30 kg. es de 50 mg/kg/día, divididas en dos administraciones. Para niños con peso de 30 kg. o más, debe utilizarse la dosis para adultos. Tanto en adultos como en niños, el tratamiento deberá continuarse durante 48 horas posteriores a la desaparición de la fiebre y otros síntomas. El período normal de tratamiento varía entre 5 a 14 días, pero puede extenderse si es necesario.

En el tratamiento de la gonorrea no complicada, puede administrarse sultamicilina como dosis oral única de 2.25 gramos (6 tabletas de 375 mg.). Debe administrarse al mismo tiempo 1 gramo de probenecid.

Se recomienda que el tratamiento dure por lo menos diez días para infecciones causadas por *Streptococcus hemolitico*, para prevenir la aparición de fiebre reumática aguda o de glomerulonefritis.

En pacientes con insuficiencia renal severa (depuración de creatinina menor a 30 ml/min), la dosis de sultamicilina deberá administrarse con menor frecuencia de acuerdo a la práctica habitual para la ampicilina. La suspensión reconstituida de sultamicilina deberá conservarse en refrigeración y desecharse al cabo de 14 días.

IV. CONTRAINDICACIONES

El uso de este producto está contraindicado en individuos con antecedentes de reacción alérgica a cualquiera de las penicilinas.

V. ADVERTENCIAS

Se han informado reacciones de hipersensibilidad serias y ocasionalmente fatales (anafilácticas), en pacientes tratados con penicilina. Si se presenta una reacción alérgica, el medicamento debe suspenderse e instituirse una terapia apropiada.

Las reacciones anafilácticas serias requieren de un tratamiento de emergencia con adrenalina. Debe administrarse oxígeno, esteroides intravenosos y vigilarse las vías aéreas, incluyendo intubación si está indicada.

Uso durante el embarazo

No se ha establecido la seguridad para su uso durante el embarazo o la lactancia en el humano.

VI. PRECAUCIONES

Como con cualquier preparación antibiótica, es esencial una constante observación de signos de sobrepoblación de organismos no susceptibles, incluyendo hongos. Si ocurre una superinfección, el medicamento debe discontinuarse y/o instituirse una terapia apropiada.

VII. REACCIONES ADVERSAS

Por lo general, la sultamicilina es bien tolerada. La mayoría de los efectos secundarios son ligeros o moderados y, generalmente, se toleran aún con la continuación del tratamiento.

Gastrointestinal

El efecto secundario más frecuentemente observado fue la diarrea o heces sueltas. Se observó con poca frecuencia náusea y dolor abdominal o cólicos. Rara vez se observó malestar epigástrico o náusea.

Piel

Con poca frecuencia se observó erupción y prurito.

Misceláneas

Rara vez se ha observado somnolencia, sedación, fatiga, malestar general y cefalea.

Debido a que la mononucleosis infecciosa es de origen viral, no debe utilizarse a la ampicilina en su tratamiento. Un alto porcentaje de pacientes con mononucleosis que reciben ampicilina, desarrollan un rash cutáneo.

VIII. PRESENTACIONES Y COMPOSICION

UNASYNA Oral está disponible en tabletas de la sal toclato, equivalente a 375 mg. de sultamicilina, la cual es una prodroga, tanto para subactam como para ampicilina, proporcionando 147 mg. de subactam y 220 mg. de ampicilina.

La sultamicilina de Pfizer, está también disponible como polvo para suspensión oral (como sultamicilina base), que después de su reconstitución con agua, proporciona 250 mg. de sultamicilina/5 ml.

Pfizer

Pfizer DIVISION FARMACEUTICA
Líder mundial en investigación de antibióticos.
Marca Registrada
Reg. No. 240M87 094M88 095M88 S.S.A.
Clave: 262-090-0989 I. Med. PKE-1817/J

Zinnat

Acetoxietil Cefuroxima
2 VECES AL DIA

INFORMACION PARA PRESCRIBIR

NOMBRE DEL PRODUCTO: ZINNAT

USOS:

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

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

INDICACIONES:

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

BACTERIOLOGIA:

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

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

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

Aerobios Grampositivos: *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis* (incluyendo cepas productoras de penicilinas, pero excluyendo las cepas resistentes a la ampicilina), *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 desarrollan 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*—éste fenómeno puede interferir con las pruebas sanguíneas cruzadas.

PRESENTACIONES:

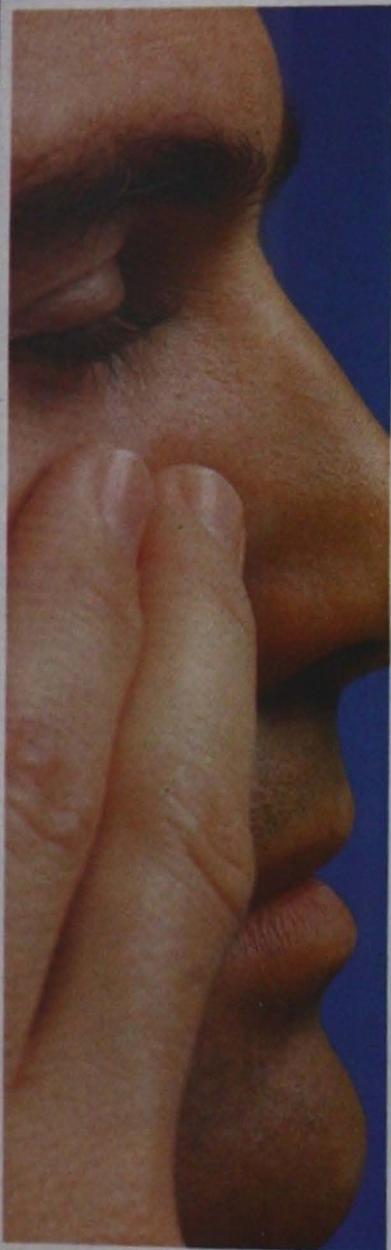
— Caja con 8 tabletas de 125 y 250 mg con instructivo impreso.

Literatura exclusiva para médicos.
Su venta requiere receta médica.
No se debe al alcance de los niños.
Reg. No. 0211499 S.S.A.

Glaxo
Pionero en Penicilinas
Líder en Cefalosporinas



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 sinusitis¹:
 - *Branhamella catarrhalis* — *Staphylococcus coagulasa positiva*
 - *Haemophilus influenzae* — *Streptococcus pyogenes*
- Actividad antimicrobiana "in vitro" que supera a la de otros antibióticos orales²
- Más rápida resolución de los síntomas de la sinusitis que la obtenida con amoxicilina + ácido clavulánico³
- La habitual tolerancia y seguridad de los beta-lactámicos⁴
- 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. Estudio multicéntrico de la actividad "in vitro" de cefuroxima comparada con otros antimicrobianos en aislados de origen extrahospitalario. An. Exp. Quimioter. (en prensa).

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

3. Ruge, J., Durand, B., Pappo, M.: Traitement des infections ORL par le cefuroxime-axétil. Etude comparative avec l'association amoxicilline/acide clavulanique en médecine spécialisée. J. Français d'oto-rhino-laryngo Vol. 38, No. 3, Mars, 1989.

4. Carbon, C. et al. Etude de la tolérance d'un nouvel antibiotique par la cohorte de pharmacovigilance. Therapie 43 (4 Suppl.): 369-372 (1988).

1. Med. 918-2098/2

KELFIPRIM*

SULFAMETOPIRAZINA + TRIMETOPRIM Cápsulas

*la sulfa hace
la diferencia...*



FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT
MONTEDISON AL CUIDADO DE LA SALUD

Av. Miguel Ángel de Quevedo No. 555 Col. Romero de Terreros
Delegación Coyoacán 04310 México, D.F.

Reg. No. 006M86 S.S.A.

Cervilan®

lomofilina + dihidroergocristina



NUEVO

antivértiginoso del insuficiente cerebro-vascular



PRESENTACION Y FORMULA:

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

INDICACIONES:

En el vértigo de origen vascular, así como:
Síndrome de Menière
Laberinitis aguda
Vértigo posicional agudo
Vértigo por hiperventilación
Vértigo postraumático
Síndrome neurosensorial por insuficiencia vertebral.

INDICACIONES, VIA DE ADMINISTRACION Y MODO DE EMPLEO:

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

EFFECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES:

Si 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 la ergonovina, pacientes con coronariopatías, primer trimestre del embarazo.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

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

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:

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

BIBLIOGRAFIA:

Dr. A. Checoury-Henneton: Bilan d'une étude sur 6.857 patients traités par Cervilan durant 18 semaines. Concours Medical du 15 Novembre 1980.
Dr. Bordes: Etude en double insu Cervilan contre Cinarizine 75 mg. Gazette Medicale de France, Tome 88, No. 18 du 15.5.81.
Dr. B. Poletto, O. Mantel: Etude en double insu et permutation croisée en pharmacologie clinique comparative entre Cinarizine et una asociación de lomethyline et de DHEC. La Vie Medicale du 3 Juillet 1980.

Marca Registrada

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

tel. Mdf. 360-88

Méd. NCE 550/J

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

ROUSSEL



GRUPO ROUSSEL, S.A. DE C.V.
Av. Universidad No. 1738
C.P. 06002 México, D.F.

AHORA...



JEVO

nuevos horizontes en el tratamiento
de infecciones de vías respiratorias

RULID[®] 150mg

roxitromicina

antibiótico oral
con cinética innovadora

Concentraciones séricas
mg/ml (1)(2)



- Rápida respuesta clínica.
- Acción terapéutica sostenida.
- Mínimos efectos secundarios.

ROUSSEL



SINDROME VERTIGINOSO



Stugeron^{MR} Retard
JANSSEN

simplifica el tratamiento del
síndrome vertiginoso

Lonol^{*} oral

nebulizador

El 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, parodontopatías. 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.

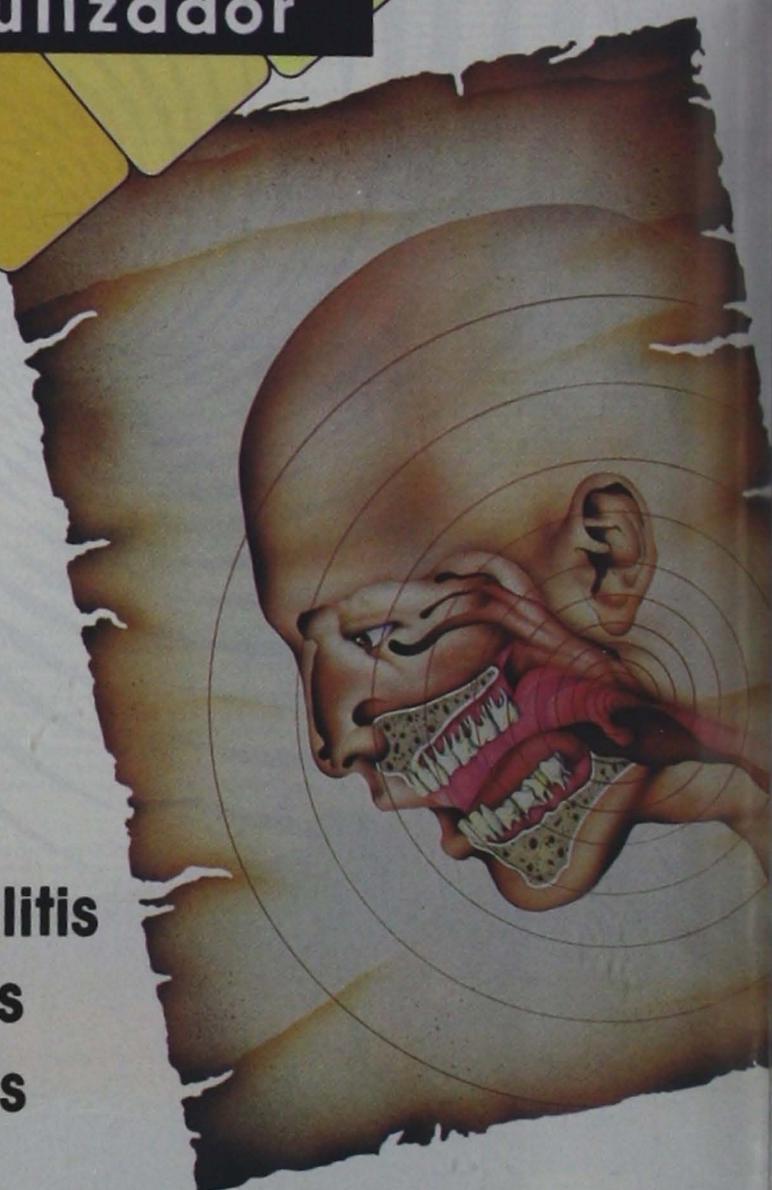
I. Méd. QEE - 821/J

Literatura exclusiva para médicos.

Su venta requiere receta médica.



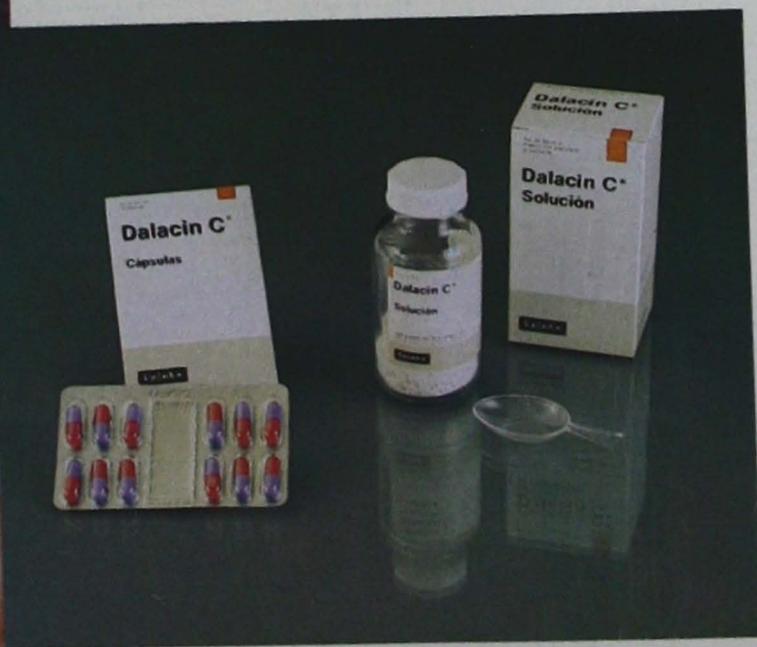
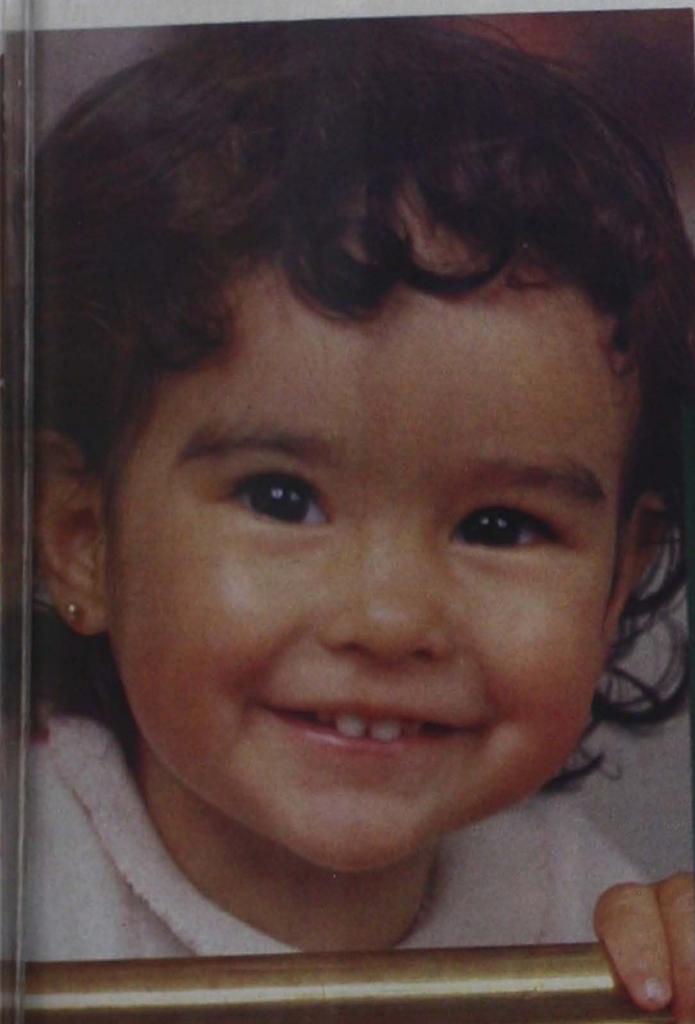
Hecho en México por:
PROMECO, S.A. DE C.V.
Calle del Maíz No. 49
16090 México, D.F.



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: Emplena, neumonías, abscesos pulmonares. Infecciones intraabdominales: Peritonitis y abscesos. Infección pélvica Inflammatoria: Endometritis, abscesos tuboováricos. Infecciones postquirúrgicas. Infecciones dentales: Abscesos periapicales y gingivitis.

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

PRECAUCIONES: Como puede suceder con otros antibióticos, se han reportado casos de diarrea grave y persistente, que a veces han hecho necesario interrumpir la administración del medicamento. Esta diarrea se ha presentado ocasionalmente acompañada de sangre y moco en las heces, leucocitosis, fiebre y dolor abdominal, y algunas veces se ha asociado a 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, blister con 12 cápsulas.

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

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

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

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

*MARCA REGISTRADA

Literatura exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica.

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

PRODUCTO DE

Upjohn

INVESTIGACION
EN
ANTIBIOTICOS

CLARITYNE-D REPETABS GRAGEAS CON NUCLEO ENTERICO

Antihistamínico/descongestionante, no sedante, de acción prolongada
DESCRIPCIÓN: Cada gragea de CLARITYNE-D REPETABS contiene 5 mg de loratadina y la cubierta de la gragea y 120 mg de sulfato de pseudoefedrina distribuidos igualmente entre la cubierta de la gragea y el núcleo con cubierta separadora. Los dos componentes activos de la cubierta exterior son liberados rápidamente, la liberación del agente descongestionante del núcleo se demora varias horas. Otros ingredientes presentes en las grageas incluyen lactosa, almidón, polivinilpirrolidona, estearato de magnesio, ácido, butilparabeno, azúcar, sulfato de calcio, rosina, zein, ácido cítrico, jabón, talco, dispersión colorante líquida blanca, dióxido de titanio, cera blanca y cera carnaúba.

INDICACIONES: Loratadina es un antihistamínico trifenilico potente, de acción prolongada, con actividad selectiva, antagonista a los receptores H1 periféricos.
 Sulfato de pseudoefedrina, uno de los alcaloides naturales de Efedra, que es un agente vasoconstrictor para administración por vía oral, tiene un efecto descongestionante gradual y constante, que facilita la descongestión de la mucosa en las vías respiratorias superiores. La membrana mucosa de las vías respiratorias se descongestiona por la acción sobre los nervios simpáticos.

INDICACIONES Y USO: Las grageas de CLARITYNE-D REPETABS están indicadas para alivio de los síntomas nasales y oculares de la congestión de las mucosas respiratorias superiores, como las observadas en el caso de la rinitis alérgica y el resfriado común.

PSICOLOGIA Y ADMINISTRACION: Adultos y niños de 12 años de edad y mayores: Una gragea de CLARITYNE-D REPETABS dos veces al día.

EFECTOS FARMACOLÓGICOS: Según las mediciones hechas a través de estudios de desempeño psicomotor, loratadina no causa potenciación cuando se administra concomitantemente con alcohol. Cuando se administran agentes simpaticomiméticos a pacientes que reciben inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO) pueden ocurrir reacciones hipertensivas, incluso crisis hipertensivas. Los efectos antihipertensivos de metildopa, metilamina, reserpina y alcaloides derivados del venado, pueden ser reducidos por los efectos simpaticomiméticos. Los agentes bloqueadores beta adrenérgicos también pueden interactuar con los simpaticomiméticos. Cuando se usa pseudoefedrina concomitantemente con digitalis se puede aumentar la actividad del marcapasos ectópico. Los antiácidos aumentan la tasa de absorción de la pseudoefedrina, el caolín la disminuye.

EFECTOS DE FARMACOS CON PRUEBAS DE LABORATORIO: Se debe suspender administración de agentes anti-histamínicos aproximadamente cuatro días antes de realizarse procedimientos de pruebas cutáneas ya que estos fármacos pueden impedir o disminuir reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica. Agregado in vitro de pseudoefedrina a sueros que contienen la isoenzima cardíaca MB fosfocinasa en creatinina sérica, inhibe progresivamente la actividad de la enzima. La inhibición se completa en seis horas.

EFECCIONES ADVERSAS: Durante los estudios clínicos controlados utilizando la posología recomendada del agente, la incidencia de efectos adversos asociados con las grageas CLARITYNE-D REPETABS fue comparable a la observada con placebo. La reacción del ombligo y boca seca, las cuales se comunicaron con el agente activo. Otras reacciones adversas comunicadas, asociadas con CLARITYNE-D GRAGEAS REPETABS y con placebo, fueron cefalalgia y somnolencia.

EFECTOS ADVERSAS RAROS: En orden decreciente de frecuencia, incluyeron nerviosismo, náuseas, fatiga, náuseas, trastornos abdominales, anorexia, sed, taquicardia, faringitis, rinitis, urticaria, erupción cutánea, urticaria, artralgia, confusión, distonía, hiperreflexia, pesadilla, disminución de la libido, parestias, temblores, vértigo, rubores, hipotensión sistólica, aumento de la sudoración, trastornos oculares, dolor de oído, tinnitus, anomalías del sentido del gusto, agitación, apatía, depresión, euforia, paronimia, aumento del peso, cambio en los hábitos intestinales, dispepsia, eructos, hemorroides, decoloración de la lengua, trastornos de la lengua, vértigo, función hepática anormal pasajera, deshidratación, aumento de peso, hipertensión, palpitaciones, migraña, broncoespasmo, pes, disarritmia, epistaxis, congestión nasal, estornudos, irritación nasal, disuria, trastornos de la micción, uria, poliuria, retención urinaria, astenia, dolor de espalda, calambres en las piernas.

CONTRAINDICACIONES: Las grageas de CLARITYNE-D REPETABS están contraindicadas en pacientes que han demostrado sensibilidad o idiosincrasia a sus componentes, a agentes simpaticomiméticos de estructura química similar. Las grageas de CLARITYNE-D REPETABS también están contraindicadas en pacientes que han estado recibiendo de la MAO o dentro de los diez días de haberse suspendido su administración, en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, hipertensión grave, enfermedad arterial coronaria severa e hipertiroidismo.

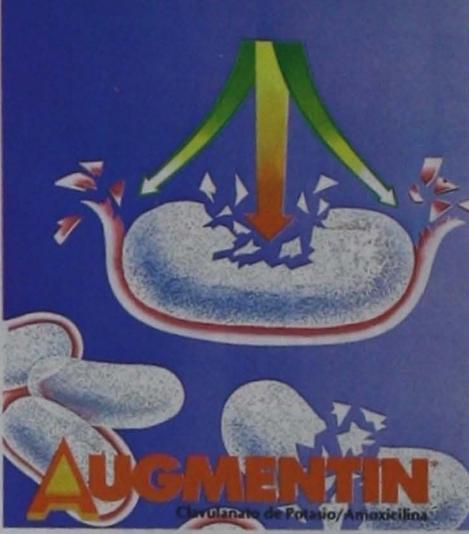
PRECAUCIONES: Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes con hipertensión arterial, estreñimiento, obstrucción piloroduodenal, hipertrofia prostatica o obstrucción del cuello de la vejiga, enfermedad cardiovascular, aumento de la presión ocular o diabetes mellitus. Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes tratados con digitalis simpaticomiméticos pueden estimular el SNC y causar convulsiones y colapso vascular asociado con hipertensión.

EFECTOS DE FARMACOS CON PRUEBAS DE LABORATORIO: Se debe suspender administración de agentes anti-histamínicos aproximadamente cuatro días antes de realizarse procedimientos de pruebas cutáneas ya que estos fármacos pueden impedir o disminuir reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica. Agregado in vitro de pseudoefedrina a sueros que contienen la isoenzima cardíaca MB fosfocinasa en creatinina sérica, inhibe progresivamente la actividad de la enzima. La inhibición se completa en seis horas.

EFECTOS ADVERSOS RAROS: En orden decreciente de frecuencia, incluyeron nerviosismo, náuseas, fatiga, náuseas, trastornos abdominales, anorexia, sed, taquicardia, faringitis, rinitis, urticaria, erupción cutánea, urticaria, artralgia, confusión, distonía, hiperreflexia, pesadilla, disminución de la libido, parestias, temblores, vértigo, rubores, hipotensión sistólica, aumento de la sudoración, trastornos oculares, dolor de oído, tinnitus, anomalías del sentido del gusto, agitación, apatía, depresión, euforia, paronimia, aumento del peso, cambio en los hábitos intestinales, dispepsia, eructos, hemorroides, decoloración de la lengua, trastornos de la lengua, vértigo, función hepática anormal pasajera, deshidratación, aumento de peso, hipertensión, palpitaciones, migraña, broncoespasmo, pes, disarritmia, epistaxis, congestión nasal, estornudos, irritación nasal, disuria, trastornos de la micción, uria, poliuria, retención urinaria, astenia, dolor de espalda, calambres en las piernas.

CONTRAINDICACIONES: Las grageas de CLARITYNE-D REPETABS están contraindicadas en pacientes que han demostrado sensibilidad o idiosincrasia a sus componentes, a agentes simpaticomiméticos de estructura química similar. Las grageas de CLARITYNE-D REPETABS también están contraindicadas en pacientes que han estado recibiendo de la MAO o dentro de los diez días de haberse suspendido su administración, en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, hipertensión grave, enfermedad arterial coronaria severa e hipertiroidismo.

PRECAUCIONES: Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes con hipertensión arterial, estreñimiento, obstrucción piloroduodenal, hipertrofia prostatica o obstrucción del cuello de la vejiga, enfermedad cardiovascular, aumento de la presión ocular o diabetes mellitus. Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes tratados con digitalis simpaticomiméticos pueden estimular el SNC y causar convulsiones y colapso vascular asociado con hipertensión.



El antibiótico de elección... en la práctica diaria

AUGMENTIN
 INFORMACION PARA PRESCRIBIR

DESCRIPCIÓN: AUGMENTIN es un antibiótico de amplio espectro compuesto por Amoxicilina y Clavulanato de Potasio, ambos son betalactámicos, el clavulanato se anticipa al mecanismo de defensa bacteriano con un bloque irreversible de la enzima betalactamasa, lo que extiende el espectro de la Amoxicilina. **INDICACIONES:** AUGMENTIN está indicado en infecciones del tracto respiratorio alto y bajo. Otitis media, sinusitis, faringoamigdalitis, bronquitis y neumonía. En infecciones del tracto urinario: Cistitis, uretritis y pielonefritis, así como en infecciones de tejidos blandos y piel por gérmenes gram positivos y negativos tanto aerobios como anaerobios. **CONTRAINDICACIONES:** AUGMENTIN está contraindicado en alergia a la penicilina o al clavulanato. **PRECAUCIONES:** AUGMENTIN, aunque no tiene efectos teratogénicos; no se recomienda en el embarazo. Todos los antibióticos aparecen en leche materna, por lo tanto no se recomienda en la lactancia. **EFECCIONES SECUNDARIOS:** En AUGMENTIN se han documentado algunos efectos en tracto digestivo como diarrea, náusea, vómito y rash dérmico al inicio del tratamiento. Estos efectos pueden ser reducidos tomando el medicamento conjuntamente con los alimentos. Raras veces se han reportado ictericia colestática.

EFECTOS 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.

EFECTOS 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.

EFECTOS 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.

EFECTOS 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.

EFECTOS 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.



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 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 antidiabéticos. Si es necesario prolongar el tratamiento en casos excepcionales, se aconseja controlar periódicamente la función hepática y el cuadro hemático.

EFECTOS 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.

EFECTOS 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.

EFECTOS 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.

EFECTOS 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.

EFECTOS 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.

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

Instrumentos y Endoscopia para ORL



Karl Storz le ofrece endoscopios para ORL

*Un sólo productor para todos los instrumentos y
endoscopios de ORL*

- *Consulta especializada*
- *Estractos para pedidos posteriores*
- *Servicio de reparación*
- *Primera calidad*

Endoscopia e Instrumentos SA de CV.

Carracci N° 50 Col. Mixcoac
C.P.03730 México D.F.
Tels: 563-45-20 611-29-17 611-41-89
Telex: 1764507Goname Fax:611-46-63
Distribuidor Nacional exclusivo para mercado
"Privado"

Carl Zeiss de México SA de CV.

Av. Patriotismo N° 604 Col. Mixcoac
C.P.03910 México D.F.
Tels:563-65-4 Telex:1773828 CZMME
Fax: 563-93-40
Distribuidor Nacional exclusivo para mercado
"Gubernamental"

retorno a la
productividad con

TELDANE-D[®]

(Terfenadina + Pseudoefedrina)

Descongestivo
y antihistamínico

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

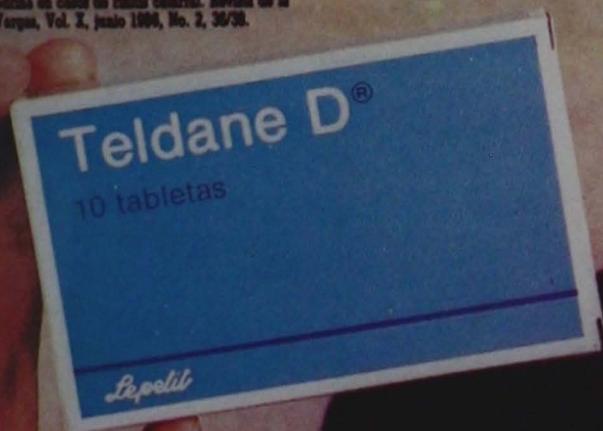
durante 12 horas,
sin somnolencia

DOBLE ACCION

REFERENCIAS

1. Oryl, E.A., Kemp, J.P., Melzer, K.O., et al: A tolerance study of terfenadine-pseudoephedrine combinations 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 19-23, 1987.

2. Balle, S., et al: Estudio clínico multicéntrico de la combinación de terfenadina y pseudoefedrina en casos de rinitis estacional. Revista de la Presidencia José María Vargas, Vol. X, junio 1986, No. 2, 36/38.



Lepevit



DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA
Y
EQUIPO MEDICO



SU ASESOR IDEAL PARA LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES MEDICAS:

- UROLOGIA.
- OFTALMOLOGIA.
- OTORRINOLARINGOLOGIA.
- NEUROCIRUGIA.
- CIRUGIA MAXILO FACIAL.
- PROCTOLOGIA.
- CIRUGIA EN GENERAL.
- GASTROENTEROLOGIA.
- CIRUGIA MINI INVASIVA.
- CIRUGIA CARDIOVASCULAR.
- ENDOSCOPIA ENDOUROLOGICA.
- ENDOUROLOGIA.
- GINECOLOGIA.
- TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA.
- ODONTOLOGIA.
- CIRUGIA LASER.

EQUIPOS PARA: QUIROFANOS LABORATORIOS Y CONSULTA EXTERNA

BLANCO
MESAS QUIRURGICAS



LASER



UNIDADES DE O.R.L.
BOMBAS DE SUCCION



MICROSCOPIOS PARA
MICROCIROGIA

hund
MICROSCOPIOS
LABORATORIOS

Codman
Codman & Shurtleff, Inc
INSTRUMENTAL
PARA MICROCIROGIA

RICHARD WOLF 
ENDOSCOPIA



G. RODENSTOCK
INSTRUMENTE
OFTALMOLOGIA
Y LASER

RÜSCH
SONDAS Y CATETERES
ENDOUROLOGIA

martin

GEBRÜDER MARTIN

martin

HECHO EN MEXICO

**INDUSTRIAS
DEWIMED, S.A. DE C.V.**

REPARACION INSTRUMENTAL MEDICO.

ANUNCIA A CLIENTES Y AMIGOS SUS NUEVAS DIRECCIONES:

MEXICO D.F.
BLVD. ADOLFO RUIZ CORTINES No. 5263
COL. ISIDRO FABELA DELEG. TLALPAM
MEXICO, D.F. C.P. 14030
TELEX. 1771613 FAX 606-0520
606-9629 606-2629 606-1966
606-9910 606-3168 606-9841
606-0777 606-0779

SUCURSAL MONTERREY
ISACC GARZA No. 854 TEL. (91-83) 755-220
MONTERREY, NUEVO LEON

SUCURSAL GUADALAJARA
AV. MARIANO OTERO 3549 FRAC. LA CALMA
TEL. (91-36) 311-670.
ZAPOCAN, JALISCO C.P. 45070