

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA



ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
REVISTA TRIMESTRAL FUNDADA EN 1949 ORGANO OFICIAL

CONTENIDO

- Página del Director.
- Antecedentes y funciones de la Academia Nacional de Medicina.
- Estudio comparativo entre los materiales adhesivos biológicos y no biológicos en fracturas del dorso nasal. Estudio experimental.
- Resección endoscópica del ganglio de Gasser. (Estudio anatómico).
- Miotomía cricofaríngea por parálisis faríngea secundaria al síndrome de Wallemberg.
- Tratamiento quirúrgico del carcinoma basocelular en nariz.
- Hipofisectomía. Comparación de tres técnicas y presentación de 107 casos.
- Alteraciones otológicas en el síndrome de Apert.
- Quiste mediano nasopalatino. Revisión del tema y reporte de un caso.
- Notas e Informaciones.

DISTRIBUCION GRATUITA PARA MEDICOS
MEXICO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE 1991
VOL. XXXVI NUMERO 4

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

CLARITYNE*

EL ANTIALERGICO

LORATADINA 10 UNA VEZ
AL DIA mg

- 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.

EFICAZ



BIEN TOLERADO

COMODO

INDICACIONES:

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

SISTEMA 2400



SISTEMA MODULAR 2400 DE MAICO, SISTEMA AUDIOMETRICO CLINICO

ESTE SISTEMA LE OFRECE LAS SIGUIENTES CUALIDADES

- Pantalla Palpable
- Toda La Infomacion Necesaria Sobre Sus Pacientes
- Exámenes Automaticos
- Computadora Compatible con Sus Programas IBM
- El Sistema 2400 en un sistema modular que puede ser adquirido en diferentes versiones

Simple, facil de manejar, completo. El Sistema audiometrico clinico MAICO 2400 es tan facil de manejar como el senalar con su dedo. Solo toque la pantalla y la computadora le ofrece el menu mas completo de programas audiodiagnosticos.

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

SENCILLO. Ningun otro instrumento le da las capacidades del Sistema 2400. Exámenes Bekesy completos, exámenes de frecuencias ultra-agudas hasta 20,000 Hz. Audiograma reflejado en la pantalla; Aun asi la pantalla tactil y menu que se presentan, hacen al sistema sumamente facil de usarse. El Sistema 2400 es el unico sistema audiometrico que necesitara.

Para mayor informacion sobre el Sistema 2400 de Maico, llame a su distribuidor MAICO local o comuniquese con:



American Overseas
Trading Corp.
4619 So. Carrollton Ave.
New Orleans, LA 70119
Telef. No. (504) 488-1311
Fax (504) 388-5150
Telex No. 6821278



- Audiometro de dos canales independientes.
- Con Master Hearing Aid interconstruido.
- Facil de manejar
- Para pruebas audiometricas por tonos puros por via aerea y via osea.
- Con enmascarador de ruido tipo habla y banda angosta.
- Con dos microfones: uno para talkforward logaudiometria por voz viva, otro, para talkback.
- Entrada extra para grabadora (Logaudiometria voz grabada).
- Completo con accesorios para audiometro y Master Hearing Aid.
- Solicite mayor infomacion a:

Representantes para todo Latino America:

American Overseas
Trading Corp.
4619 So. Carrollton Ave.
New Orleans, LA 70119
Telef. No. (504) 488-1311
Fax (504) 488-5150
Telex No. 6821278



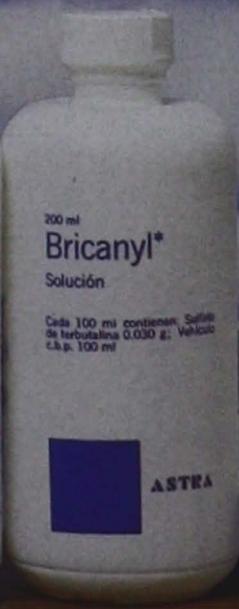
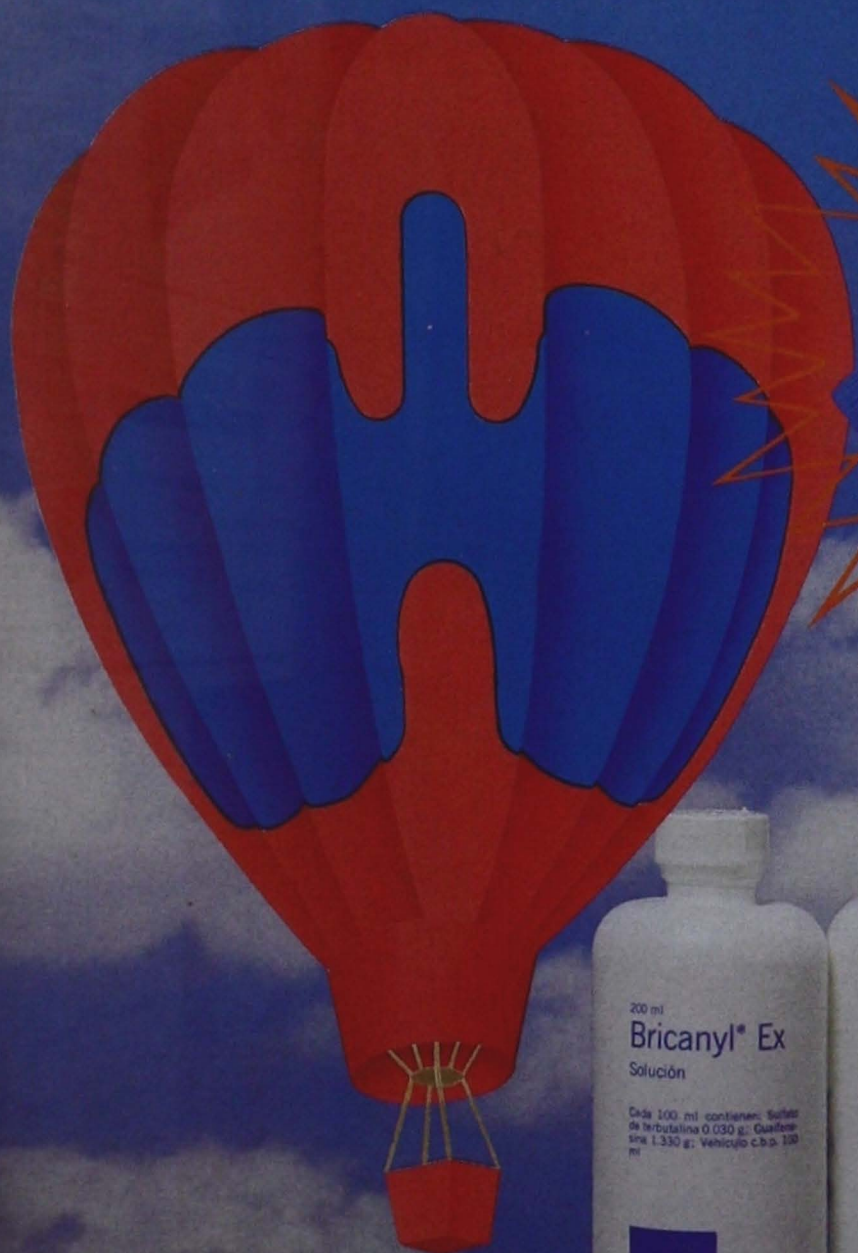
Representantes para Mexico:

Maico De Mexico
Puebla 163 Local B.
Col. Roma 06700
MEXICO
Tel. 525-72-31
y 511-42-80

AUDIOMETRO/ADAPTADOR DE
UDIFONOS MODELO MAICO MF7

MEX

¡El aire es vida!



 **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.

Zyrtec^{*}
CETIRIZINA



PRIX MEDEC 89



Porque la alergia
es más que histamina

Zyrtec^{*} ... más que un
antihistamínico

Hoechst 

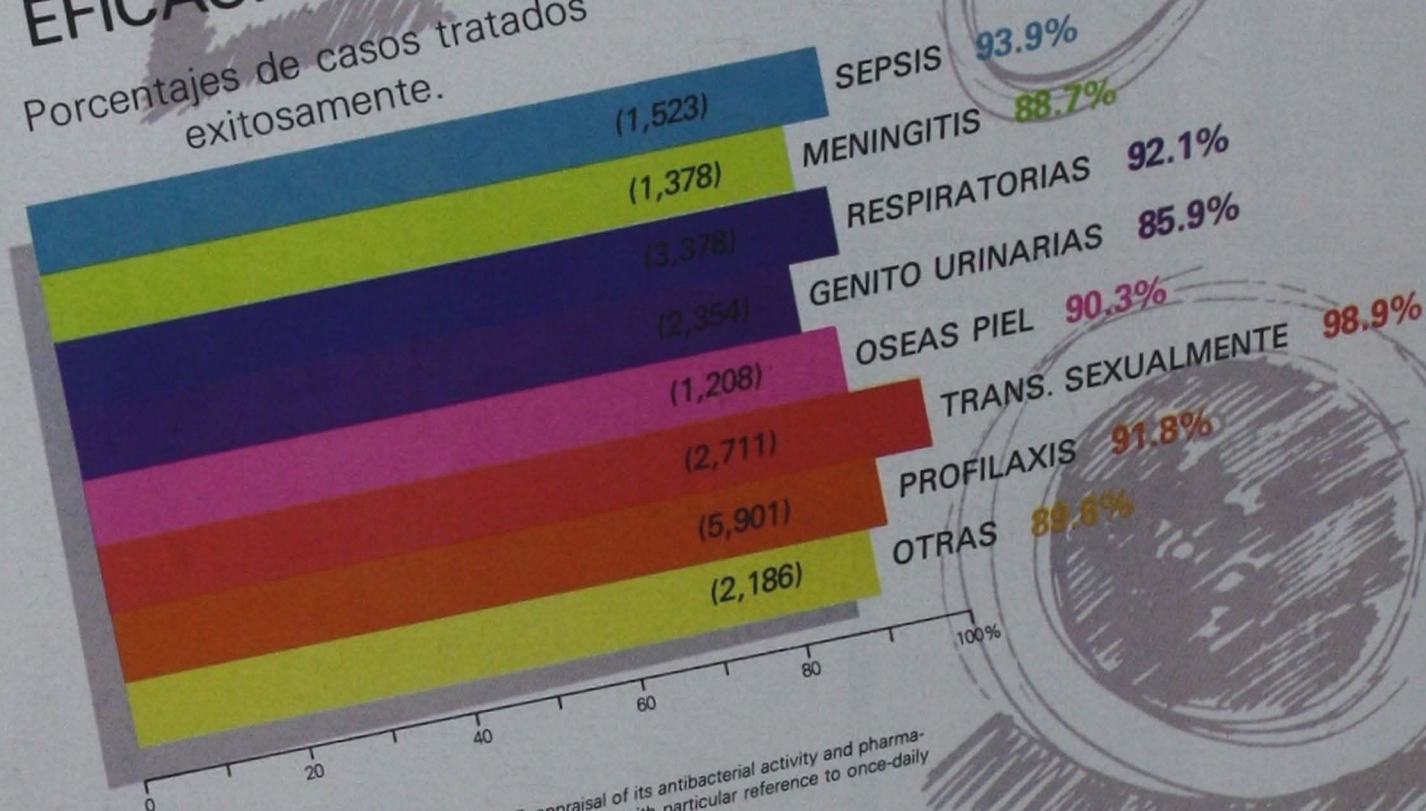
Rocephin®

ceftriaxona

1 vez al día

EFICACIA CLINICA COMPROBADA

Porcentajes de casos tratados exitosamente.



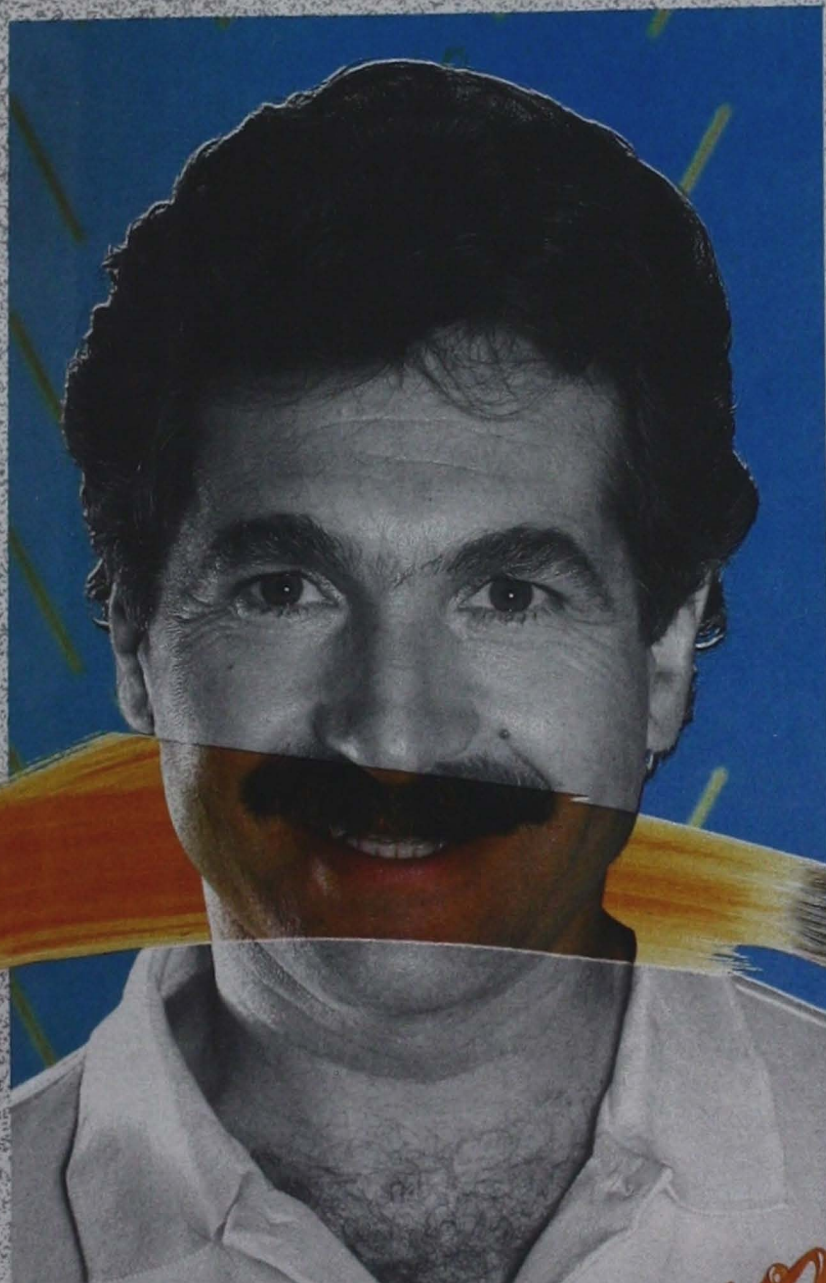
Bibliografía.
 — Brogden, R. and Ward: Ceftriaxone. A. Reappraisal of its antibacterial activity and pharmacokinetic properties, and update on its therapeutic use with particular reference to once-daily administration.
 DRUGS 35: 604-645 (1988).

* 486 PUBLICACIONES



nuevo
cataflam* dd
Diclofenaco potásico

grageas de 50 mg

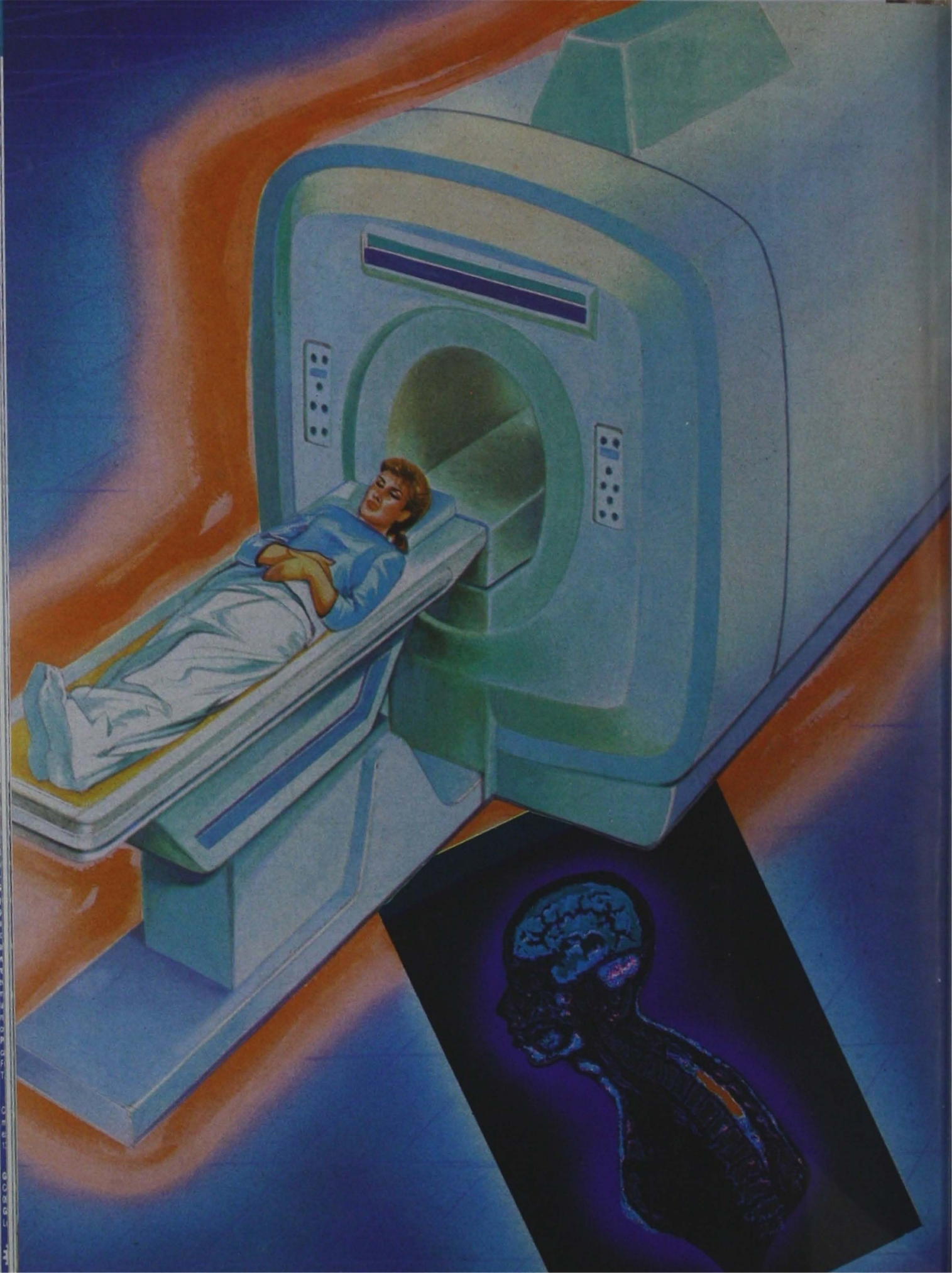


Dibuje en su paciente una *sonrisa*
En el postoperatorio

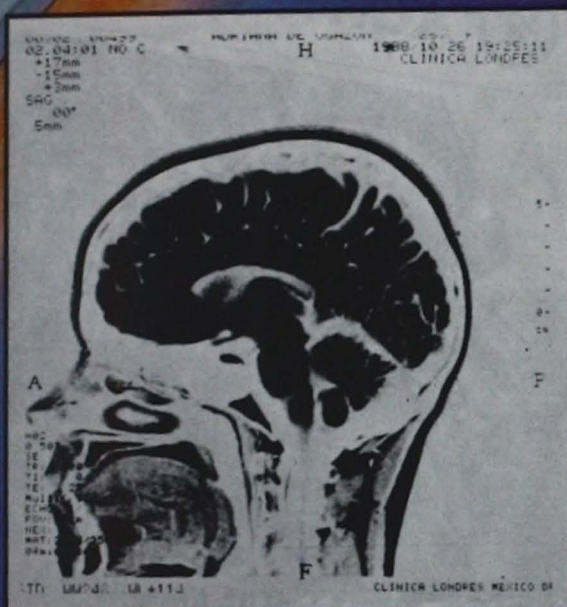
1 gragea cada 8 horas durante la convalecencia,
y por un periodo no mayor de 5 días

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

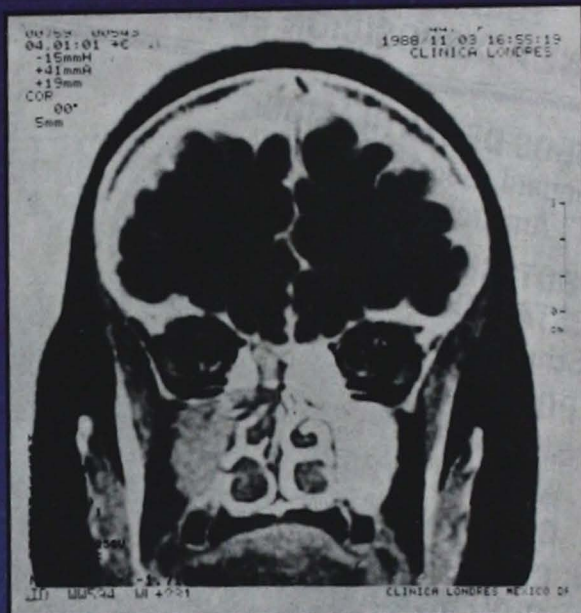
CIBA-GEIGY



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.

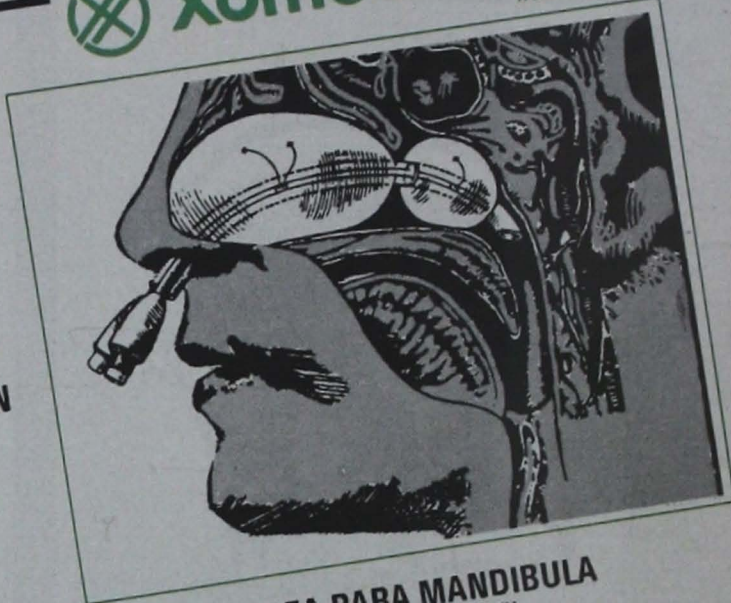


División de Especialidades,
S.A. de C.V.

PONE A DISPOSICION DE USTED LA LINEA

Xomed-Treace™
A BRISTOL-MYERS COMPANY

- **TUBOS DE VENTILACION:**
Shepard, Donaldson, Goode en "T" Armstrong, 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.



- **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

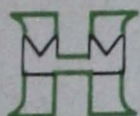
División de Especialidades, S.A. de C.V.

HOSPITAL No. 653

GUADALAJARA, JAL.

44280 MEXICO

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



Huerta Médica Mexicana,
S.A. de C.V.

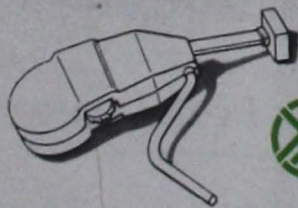
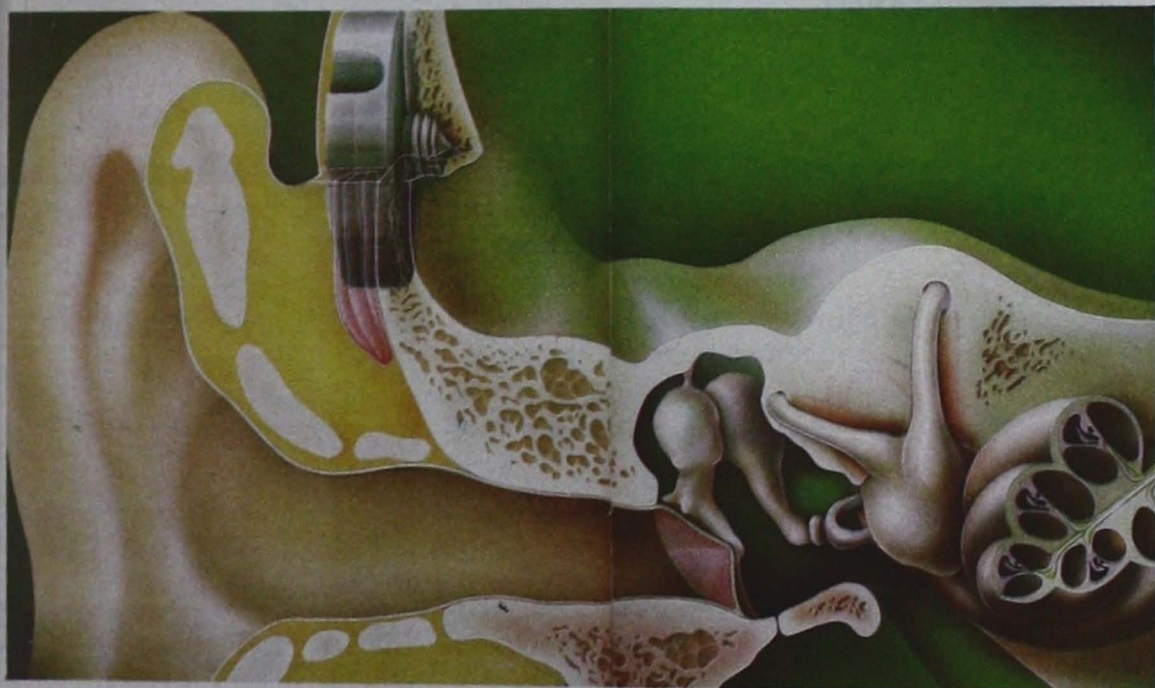



División de Especialidades,
S.A. de C.V.

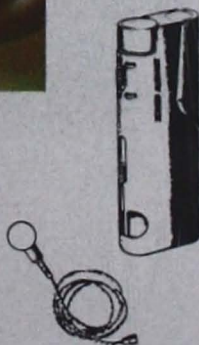
Es el Único Dispositivo que suministra una conducción directa
al Hueso Temporal (Implante enroscado Electromagnético).

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 media:
 - *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. *Issues in the treatment of upper respiratory tract infections. Proceedings of a symposium by Glaxo Holdings, held in Siena, October 16, 1987.*

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

J. 2043 - PLE-2255/2

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

FLANAX[®]



Por su acción

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

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

Una
presentación
para cada edad

Suspensión
Cápsulas y
Supositorios

Más de 10 años de experiencia avalan su eficacia

FLANAX



SYNTEX

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 ANTINFLAMATORIO DEL TEJIDO BLANDO



VONTROL*

ANTIEMETICO

es control
cuando se presenta
náusea y vómito



DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA

ANALES

VOL. XXXVI MEXICO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE 1991 NUMERO 4

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. Armando González Romero
Dr. Bernardo Grobeisen Roudy
Dr. Rafael Navarro Meneses
Dr. Antonio Soda Merly
Dr. Victor 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 Meneses
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	313
Dr. Rafael García Palmer.	
Antecedentes y funciones de la Academia Nacional de Medicina.	315
Dr. Juan Somolinos Palencia.	
Estudio comparativo entre los materiales adhesivos biológicos y no	321
biológicos en fracturas del dorso nasal. Estudio experimental.	
Dr. José Angel Gutiérrez Marcos,	
Dr. Martín Castañeda,	
Dr. Arturo Ramírez.	
Resección endoscópica del ganglio de Gasser. (Estudio anatómico).	327
Dr. Marcos A. Rodríguez Perales,	
Dr. Emilio Ponce Zaleta.	
Miotomía cricofaríngea por parálisis faríngea secundaria	331
al síndrome de Wallemberg.	
Dr. Jesús Ramón Escajadillo.	
Tratamiento quirúrgico del carcinoma basocelular en nariz.	337
Dr. Adiel Asch R.	
Hipofisectomía. Comparación de tres técnicas y presentación de 107 casos	341
Dr. Enrique Azuara Pliego,	
Dr. Guillermo Avendaño Moreno,	
Dra. María de la Paz Rodríguez Fernández.	
Alteraciones otológicas en el síndrome de Apert.	349
Dr. Frank Rosengaus L.,	
Dr. Daniel Bross S.	
Quiste mediano nasopalatino. Revisión del tema y reporte de un caso.	355
Dr. Mario Barrón Soto,	
Dra. Luz Arcelia Campos Navarro,	
Dra. María de Carmen Rodríguez Muñoz.	
Notas e Informaciones.	359

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

1.- Los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología es el Organismo 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.

Página del Director

La primera vez que escuché el título de la melodía "Los Sonidos del Silencio", no me imaginé que a la vuelta de los años sería un tópico del que pudiéramos estar abordando desde el punto de vista científico, sin embargo, tenemos varios años de estar oyendo a alguno de nuestros colegas, de una aparente ficción, que día con día toma lugar en los congresos y en las publicaciones científicas, se trata de las otoemisiones acústicas.

Se trata, en pocas palabras, de la capacidad que tiene el oído normal de producir sonido. Kemp, en 1978, publicó por primera vez, sus observaciones, en el sentido de que sí se colocaba un micrófono de una gran sensibilidad en el conducto auditivo externo de algunas personas (26 al 52%), se podían detectar sonidos, sus resultados fueron reproducidos en otros laboratorios, con lo cual se inició, no sin escepticismo inicial, una revolución, pues había que detectar su origen y readaptar muchas de las teorías de la audición y de las explicaciones psicoacústicas.

El día de hoy se sabe, que las emisiones son producidas, aparentemente, por una cierta capacidad de contracción que tienen las células ciliadas externas del Organó de Corti, las cuales emiten sonidos parecidos a los tonos puros y a unos 20 dB SPL de intensidad. Estos verdaderamente son, sonidos del silencio.

Las emisiones otoacústicas, fueron inicialmente detectadas como una respuesta a un estímulo, siendo este habitualmente un click; así ante un estímulo se genera una contracción de las células ciliadas externas y de alguna manera de las internas, generando una respuesta audible a un micrófono de alta sensibilidad y después de un manejo electrónico a través de una promediadora similar a la utilizada en los potenciales auditivos, se puede encontrar una respuesta confiable y repetible en un sujeto. Estas respuestas de emisiones electroacústicas provocadas son encontrados en prácticamente todos los sujetos que tienen un oído sano, con la sola exclusión de algunos pacientes ancianos.

Estos estudios de laboratorio, están en proceso de ser aplicados a la clínica en plan masivo y ya en algunos centros de investigación se realizan dentro de la batería de pruebas habituales de la exploración funcional de la audición, junto con la audiometría tonal, la electrococleografía y los potenciales evocados auditivos, de hecho esta prueba logra una valoración de la función correcta de la coclea. Quizás muy pronto sea la prueba de elección, para la exploración funcional de la audición pues es una prueba objetiva, de fácil interpretación, inocua, fácil de realizar y que se puede practicar en cualquier edad.

El día de hoy se esta empleando como una prueba de detección de la normalidad de la audición y se están normando los parámetros de utilidad de las enfermedades del oído interno y de los problemas retrococleares. Será una prueba de utilidad para detectar posibilidad de daño por ruido y ototóxicos y valoración de las hipoacusias fluctuantes y en otros campos aún por determinar.

Dr. Rafael García Palmer
Director-Editor

Referencias Bibliográficas:

1. Kemp D.T.: Stimulated acoustic emissions from within auditory system. J. Acoust Soc Am 1978. 64:1386-1391.
2. Zurek P. M.: Acoustic emissions from the ear: a summary of results from humans and animals. J. Acoust Soc. Am. 1985. 78:340-344.
3. Figuerola E.; Esteve-Fraysse M. J.; Vicent M.; Vandevanter J. F.; Fraysse B.: Otoemisiones acústicas. Acta Otorrinolaring. Esp. 1991.
4. Kemp D.T.; Ryan S. y Bray P.: Aguide to the effective use of otoacoustic Emissions. Ear and Hearing 1990. II: 93-105.

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

Antecedentes y funciones de la Academia Nacional de Medicina*

Juan Somolinos Palencia**

Como amigo que soy de las recordaciones, haré un breve repaso de la historia y el significado de la Academia Nacional de Medicina; de manera que hablaré de un fenómeno de continuidad que se inicia en una época muy lejana a nosotros.

La historia de la Academia¹ no se sujeta a las divisiones cronológicas, en ella el orden temporal debe combinarse con el espacial, pues el pasado es un todo, donde las experiencias académicas no se explican por sí solas. Quizá es más real el criterio de los temas, las tendencias, las modas sucesivas.

Con el renacimiento se inició la época de la crítica y la escritura: la crítica interrogó las expresiones para someterlas a su disección y la escritura se dedicó a fijar dichas expresiones.

A todas las academias renacentistas sobrevivió la Academia de Ciencias de Nápoles, las demás continuamente aparecían y cesaban. Fue hasta el

siglo XVIII cuando se formaron las academias que hoy conocemos.

El sentido moderno de academia que inició Cicerón, conservó su categoría de corporación de altos estudios, agrupación doctoral que pretendía conservar, difundir y estimular los conocimientos de diversa índole para el desarrollo de la humanidad.

En México nuestras academias no nacieron espontáneamente, fueron siempre una antigua inquietud entre los estudiosos. El establecimiento de estas escuelas del conocimiento, tuvieron, su origen en el período histórico de la ilustración, pues aunque es verdad que durante los siglos XVI y XVII en España se organizaron algunas sociedades con fines científicos, fue hasta el siglo XVIII cuando los intelectuales rindieron culto a la razón y se buscó desarrollar la ciencia.

Todo fue consecuencia de la Revolución Francesa. En España el reinado de Carlos III actuó mediante una elevada política cultural deseosa de incluir al País y sus colonias en la corriente del progreso universal y se adoptaron así las ideas ilustradas francesas. Si en España la ilustración no se extendió, en sus colonias llegó a tener la fuerza suficiente como para iniciar los movimientos de independencia y las transformaciones sociales.

En México el deseo de hacer una vida propia, favoreció las ideas ilustradas. Durante todo el

*Trabajo en octubre de 1990, en sesión conjunta con la Academia Nacional de Medicina

**Presidente de la Academia Nacional de Medicina

siglo XVIII la ciencia mexicana luchó contra un intenso tradicionalismo por establecer sus nuevas tendencias.

El dogmatismo escolástico impedía la libertad y la discusión de los temas científicos, el sentido académico era, si acaso, docente y limitado.

Con una labor de pensamiento renovado y de inspiración neoclásica, varias figuras mexicanas lucharon por implantar la enseñanza y la investigación modernas, entre ellas, recordemos a José Antonio Alzate, José Ignacio Bartolache y Luis José Montaña.

De 1732 a 1825 se erigieron varias academias; sin embargo, estas corporaciones de vida efímera fueron en realidad escuelas de medicina para ampliar y perfeccionar la incompleta enseñanza universitaria, les faltaba en general la libre exposición y controversia, que constituye la principal función académica y la justificación de su existencia.

Quizá se salva la *Academia de Medicina, Anatomía y Farmacia*, que en 1802 existía en la ciudad de Puebla y que dejó una labor cumplida y varias publicaciones de importancia para la medicina mexicana del siglo pasado.

Así llegamos a la primera Academia de Medicina en México, que fue precisamente el resultado de la libertad científica y el esfuerzo de los mexicanos surgidos a raíz de la independencia. Es indudable que la primera Academia surgió en un ambiente estrecho que por todas partes la ahogaba. Sólo una compulsión fue capaz de crear sus entes. Y para dar un voto de calidad a esta fundación académica, debemos tener idea de cómo era la vida en el México del siglo XIX. Habrá que recurrir a toda clase de crónicas, descripciones, estadísticas e historiografías que en resumen nos reconstruyan el ambiente y las necesidades sociales de aquellos tiempos.

Al descubrir este escenario, encontramos una sociedad que difiere totalmente de la actual. A ella obedecía la *Academia de Medicina de México*. Sus funciones descritas claramente por sus integrantes estaban destinadas a resolver las necesidades didácticas e informativas de los médicos de entonces.

Las principales ciudades mexicanas en el siglo pasado y los primeros años de éste, llegaron a

tener entre 50,000 y 300,000 habitantes, los medios de comunicación eran difíciles y lentos.

La fisonomía del México de entonces en lo que se refiere al ambiente médico esta muy lejana de nosotros. El número total de estudiantes de medicina, de médicos practicantes, los escasos hospitales y la ubicación de farmacias y todas las actividades de la medicina en cifras globales no llegaban al cinco por ciento de nuestra actividad médica de hoy.

En 1836, un grupo de catedráticos del establecimiento de ciencias médicas, junto con otros individuos, formaron la *Academia de Medicina de México* con el fin de desarrollarse ellos mismos y publicar un periódico para los demás.² "Nació esta *Academia de Medicina*" con el espíritu de asociación y usando la palabras de uno de sus fundadores, el Doctor Luis Blanquiere, damos a ustedes primeras metas y significados:³ "¿Qué es, pues, una *Academia de Medicina* sino una consulta periódica de veinte, treinta, o más médicos, sobre una numerosa colección de hechos, bien escogidos, bien relatados y sometidos a la discusión de cada uno, o a lo menos puestos en conocimiento de todos...?" "Del choque de las opiniones nace la luz..." "el objetivo de una *Academia de Medicina* no es, pues, ni puede ser, en mi concepto, formar un cuerpo de doctrina, sino traer su tributo, su contingente a la ciencia, sea con el designio de confirmar la teoría, sea para dar a conocer hechos, procedimientos nuevos y útiles y ponerse por sus relaciones, al nivel del arte: en dos palabras, contribuir al progreso y extender los conocimientos y descubrimientos".

En respuesta a lo anterior y debido al abandono de la medicina y la educación médica, a los dos años de fundada la Academia, Casimiro Licéaga aseguraba:⁴ "La ciencia y la humanidad no tienen hoy en México otro apoyo que la *Academia de Medicina*".

La Academia de Medicina de México tenía dos comisiones permanentes: la de redacción y la económica, las atribuciones de la primera eran publicar los descubrimientos médicos hechos tanto en México como en el extranjero, así como los juicios críticos de nuevas obras.

Para ello se editaba el periódico de la Academia de Medicina que tenía por objeto propagar en la República los conocimientos médicos, publicar los adelantos de los establecimientos en que se enseñaban y las disposiciones relativas a la vigilancia médica. Manuel

Carpio dijo de este periódico:⁵ *"La Academia de Medicina en cuatro años de existencia ha publicado fielmente su periódico; en él se nota una libertad absoluta en las opiniones médicas"*. En efecto, el estilo que se procuró dar a ese periódico fue libre: lo mismo se publicaron doctrinas independientes con artículos eclécticos y en él colaboraron hombres mexicanos y de otras nacionalidades.

A pesar de ser una necesidad, la Academia de Medicina de México sobrevivió sólo seis años; las dificultades del medio impidieron su estabilidad y desarrollo. Sus componentes, que no se resignaron a esta desaparición, se constituyeron nuevamente en sociedades que perseguía los mismos propósitos establecidos en la primera Academia.

La Sociedad Filoiátrica, la Sociedad de Emulación Médica, la de Medicina y Cirugía Prácticas y la Sociedad Filomédica tuvieron corta vida.

Al cabo de nueve años, aquellos médicos que integraron la primera Academia, reunidos (30 de noviembre de 1981) y dispuestos a emprender de nuevo la tarea, formaron la *"Segunda Academia de Medicina"*, que tenía por objeto, el estudio de la medicina y sus ciencias accesorias.

Esta Academia de Medicina nació con el único propósito de ampliar y popularizar los conocimientos médicos.

Así como en la Academia de 1936 se definieron claramente sus metas y objetivos, otros tanto sucedió con la de 1851 (Segunda Academia), según lo dijo Leopoldo Río de la Loza cuando aseguró:⁶ *"Si el establecimiento de la Academias Científicas es un bien positivo para las Sociedades, el de la Medicina en la Ciudad de México es un verdadero servicio para la humanidad y para la ciencia"*. Aniceto Ortega añadió:⁷ *"No me ha movido otro principio más que el deseo de contribuir de algún modo al establecimiento de una Sociedad que debiera siempre existir en México, siquiera por el buen nombre y decoro de nuestra clase"*.

La accidentada vida de esta Academia quedó registrada en el único tomo de su periódico y cuatro años después en la revista **LA UNIÓN MÉDICA DE MÉXICO**. La actividad realizada por aquella corporación no difería de la primera, se seguían discutiendo temas médicos y se divulgaban artículos europeos de interés general.

Esta labor académica se interrumpió a los seis años y aunque no es el momento de analizar las

circunstancias políticas, económicas y religiosas que provocaron la intervención francesa, hay un aspecto de esta intervención que nos interesa directamente por ser el origen de muchos acontecimientos científicos mexicanos que se produjeron en los años siguientes a 1862.

Resulta evidente que ni la intervención tenía todo el fondo económico que aparentaba, ni Napoleón III al emprenderla conocía de México más que ideas vagas, de guía turística, envueltas en sentimientos de magnanimidad romántica y liberal. No debe extrañarnos, por tanto, que los protagonistas de lo que en Francia se llamaba *"La Aventura Mexicana"*, llegaron a Veracruz perfectamente ignorantes del país que iban a ocupar.

Esta situación dio lugar a que conforme las tropas avanzaban por el territorio, —no es exageración—, los franceses descubrían México, se dieron cuenta sobre el terreno de las inmensas riquezas que encerraba el país. Descubrieron; las minas, los campos fértiles y las materias primas de que había hablado Humboldt, y también la maravillosa naturaleza con su flora medicinal y el agradable clima. Les impresionaron las riquezas arqueológicas y comprendieron el campo abierto que tenían: el comercio y la industria. Los informes enviados a Francia sobre estos aspectos eran de los más halagüeños. Y las noticias de este descubrimiento no podrían ser más oportunas para la política de Napoleón III.

Francia había perdido la supremacía en aquellos estudios sobre el pasado histórico y cultural de Egipto, emprendidos por los doscientos sabios del Instituto de Francia que llevó Napoleón I en su Expedición bélica de 1798. El propósito napoleónico consistía en aparecer ante sus contemporáneos como un emperador interesado en estimular la ciencia y la historia. Pero en 1862 el papel francés en Egipto estaba liquidado. Casi todo había caído en manos de los ingleses. Por estas razones la noticia de un nuevo país, rico y con grandes posibilidades era una noticia sensacional. Se presentaba la ocasión de repetir en México, para gloria del Segundo Imperio, lo que Napoleón I: había hecho en Egipto. Se trataba de un país con riqueza arqueológica tan grande como la egipcia. Tenía pirámides milenarias, estelas y monumentos con escrituras que no habían sido descifradas. Un pasado prehistórico casi desconocido y además riquezas naturales incalculables. No se podía perder tiempo. Era necesario nombrar una comisión que estudiase este país,

inesperadamente caído en las manos de Napoleón III, para sumar la obra al balance de su reinado y aparecer como un mecenas de los estudios históricos y científicos. Y el 27 de febrero de 1864 el emperador firmó el decreto que constituía la *Expedition Scientifique du Mexique*, a imagen y semejanza de la que reglamentará su dudoso antepasado sesenta años antes. Los propios periódicos franceses indican la identidad entre ambas expediciones y *El Cronista de México*, dedica dos páginas a describir la expedición egipcia y sus analogías con la mexicana.

La repercusión mexicana de la *Expedition* francesa fue el nombramiento de una *Comisión Científica Literaria y Artística* patrocinada por franceses, en la cual los intelectuales y artistas mexicanos se dedicarían al cultivo de la ciencia, las letras y las bellas artes, estableciéndose así un comercio intelectual entre los dos pueblos.

Dentro de esta Comisión estaba prevista la llamada *Sección Sexta* la cual recogía los restos de las antiguas academias, y reunía, junto con un grupo de extranjeros, a los más notables médicos mexicanos con el propósito de producir trabajo y estudios de investigación sobre las características médicas del país. El 30 de abril de 1864 el general Bazaine al inaugurar los trabajos de la mencionada sección, dijo:⁸ *Médicos, enseñad las precauciones higiénicas con que se pueda preservar la salud del indígena, lo mismo que la del europeo, contra los peligros y vicisitudes que la amenazan en climas excepcionales; y señalad los medios con que se pueda combatir y vencer los males que la afligen, uniendo vuestros esfuerzos con los de los profesores del arte farmacéutico, descubrid las propiedades benéficas de los específicos que ofrecen los simples de Anáhuac y que conocidos de los indios todavía se hallan ignorados de los europeos.* Inmediatamente el grupo se puso a trabajar. Presididos por Carlos A. Ehrman pero en realidad guiados por Miguel Jiménez, resultó asombrosa la labor que desarrolló esta sección, la única de toda la *Comisión* cuya trascendencia ulterior ha llegado a nuestros días. Sesión, discutió, tomó acuerdos muy curiosos y efectivos como intercambiarse las listas de libros que posee cada miembro para constituir una comunidad bibliográfica al servicio de todos. Las actividades fueron bilingües, cada uno se expresaba en el idioma que consideraba mejor para su exposición y apenas llevaba seis meses de vida cuando salió a la luz el primer número de su publicación periódica que todavía recibimos regularmente,

La Gaceta Médica de México. Durante el primer año se incorporaron nuevos miembros a la Sección hasta alcanzar la cifra de cincuenta. Entusiastas, movidos por ilusiones de progreso científico y nacional, se sustrajeron a las dificultades de la vida cotidiana, a la pobreza de medios, al ambiente violento e inestable para trabajar en pro de la medicina mexicana. Creo que su obra constituyó un acto de heroísmo civil que no siempre se ha reconocido. En un clima intelectual aquella cincuentena de hombres mantuvo sus reuniones, escribió, investigó, hizo algunos experimentos en lo posible y dejó plasmada su experiencia en el admirable primer tomo de la *Gaceta Médica de México*. No podemos ahora analizar su contenido. Es cierto que domina en sus escritorios un sentido práctico, poco especulativo. Son trabajos de casuística, de observación local, de comprobaciones terapéuticas y demostraciones de habilidad quirúrgica. Falta teoría, meditación, incluso se observa información deficiente del extranjero. Pero conociendo las dificultades en que se produjo no debe extrañarnos. Dentro de lo tratado aparecen comunicaciones notables. El estudio de la respiración en las alturas; la controversia sobre fiebre tifoidea y tifo exantemático; las observaciones de la fiebre amarilla: los escritos históricos del Doctor Reyes; son todos ellos modelos de trabajo académico y de investigación médica capaces de honrar a la institución que los produce.

Casi inadvertido por el lector actual, encontramos en el tratado de esta agrupación un detalle que muestra el desinterés con que todos los médicos mexicanos de la época colaboraron en el progreso del país por encima de sentimientos políticos o ideológicos. Se había observado una epidemia en Irapuato. Era un mal desconocido y Miguel Jiménez solicitó datos sobre la enfermedad a diversos médicos de la región. El hecho no tendría nada de particular si entre las comunicaciones enviadas a la Academia no hubiese llegado una, tal vez la más notable, firmada por Gabino Barrera. Barrera y Jiménez eran indudablemente amigos. Habían colaborado en agrupaciones médicas anteriores como la Academia de 1851. Sin embargo en este momento, dentro de la medicina mexicana, constituían las dos posiciones más antagónicas. Jiménez, conservador, amigo y médico de Maximiliano, católico ferviente, estaba considerado como la más notable figura científica del Imperio.

Barreda, por el contrario, hombre de confianza de Juárez, tenía en la cartera, listas para ser implantadas en México, las ideas positivistas que acababa de recoger en París. El ejemplo no puede ser más bello, cuando estos dos hombres tratan de hacer labor científica en beneficio de México, olvidan sus diferencias ideológicas e intercambian sus observaciones en bien de la colectividad.

Al suprimirse en 1865 la *Comisión Científica* desapareció la *Sección Médica*. Era un nuevo golpe al espíritu académico de los médicos mexicanos. La razón fue que Maximiliano no veía con buenos ojos aquella institución de raíces francesas y prefirió crear una flamante *Academia Imperial de Ciencias y Bellas Letras*, que nunca actuó, y al frente de la cual, en su departamento médico, volvemos a encontrar a Miguel Jiménez.

No satisfizo esta Academia el espíritu gregario de los médicos mexicanos, pues encontramos que en el mismo acto que se comunica la disolución de la *Sección médica* se decide por unanimidad continuar trabajando unidos en una nueva agrupación de fines similares bajo la presidencia de Miguel Jiménez y con el nombre de *Sociedad Médica de México*. Todo siguió igual. Nuevos nombres aparecen en la lista de sus miembros, algunos llegarán a ser notables. Lauro María Jiménez, Leopoldo Río de la Loza, Alfonso Herrera, José Barragán. Los extranjeros ocasionales desaparecieron con la retirada del ejército francés, quedaron aquellos que como Clement y Schultze llevaban muchos años en México antes de la descabellada aventura imperial. Ehrman también partió para Europa fue a morir poco después en el campo de batalla durante la guerra franco-prusiana. La labor de esta sociedad es continuación de la desarrollada mientras era *Sección*. Regida por los mismos ideales y principios mantuvo una línea similar en sus trabajos y observaciones recogidos por la *Gaceta*.

Pasada la pesadilla imperial se incorporan a la *Sociedad Médica* nuevos miembros cuya ausencia era notoria. Liceaga, Lavista, Alvarado, Gabino Barreda. La Sociedad quedó perfectamente consolidada. Sólo quedó un pequeño equívoco en su constitución. Suponemos que el nombre de *Sociedad* se había tomado para evitar competencias con la *Academia Imperial*, pues desde 1867 en las actas y en las comunicaciones de la *Sociedad* se olvida con frecuencia el verdadero nombre por designarla *Academia*. Y cuando en 1970 Jiménez y Liceaga informan de los trabajos anuales ya se

refieren sin recato a las labores académicas, incluso la nueva directiva se anuncia en la *Gaceta* como de la *Academia de Medicina*. Sin embargo fue en 1873 siendo presidente Lauro María Jiménez cuando se decide acabar con esta situación. Se redactó un nuevo reglamento que modificó notablemente las funciones de la Institución, modernizándola y dándole un espíritu más acorde con la época, en la primera página del reglamento se lee: "La actual Asociación Médica continuará funcionando bajo el nombre de *Academia de Medicina de México*".⁹

A partir de entonces, ya no habrá equívocos. México contará con una institución digna de figurar entre otras similares del mundo. La Academia de Medicina será el organismo médico de mayor autoridad del país. Reunirá en su ámbito todas las ramas médicas, siempre al día en el progreso incesante de la medicina y de sus ininterrumpidas sesiones semanales saldrán soluciones para los problemas sanitarios del país, aportaciones personales de sus miembros para progreso de la medicina, estudios y dictámenes sobre los constantes acontecimientos médicos en todo el mundo que mantendrán activo y vigilante el interés de la medicina mexicana por todo aquello que pueda tener relación con ella.

Hoy la Academia Nacional de Medicina¹⁰ es un foro para impulsar la educación, la enseñanza y la investigación médica, está en posibilidad de sugerir nuevos programas y revisar los existentes y esto no impide que: al renovar su concepto, la Academia conserve su posición de tribuna para el intercambio científico y su propósito de elaborar una doctrina médica. Esta sociedad mantiene su asesoría y consulta para el Estado, pero para mayor interés en la orientación de la educación médica, cuida que la formación del médico esté íntimamente ligada al modelo de atención necesario ante los problemas de salud que afectan al país.

multiplica su participación activa en los Estados de la República para no caer en un centralismo que le haga perder su carácter nacional. Y se empeña en reorganizar la medicina para recomponer su excesivo especialismo y dar a ella un sentido general y humano.

No está de más añadir, que la medicina en la crisis más profunda de su historia sólo podrá ser salvada cuando se haga más sensible al hombre y su sociedad.

Sólo así el instinto médico descubrirá nuevas formas de salud y meditación, capitalizará los esfuerzos que cosechen el fruto de la esperanza, pues las herencias médicas no se logran con la pasividad y sólo se obtienen por efecto de la libre elección y la colaboración decidida.

Notas y Referencias

1. La Historia de la Academia Nacional de Medicina ha sido tratada en un buen número de ensayos, cuyos reconocidos autores nos ofrecen una visión completa de esta Corporación, sin duda todos coinciden en que las actividades de la Academia, son reflejo del desarrollo de la medicina de nuestro país.
2. Somolinos, Juan.: *Una antigua jornada académica, Reseña Histórica*, (Ed. Academia Nacional de Medicina). Vol. I. 1980. México, D.F. p.p. 21-46.
3. Blaquiére, Luis.: *Prospecto periódico de la Academia de Medicina de México*. (Ed. La Academia de Medicina de México). Vol. I. 1836. México, D.F. p.p. 6-7.
4. Licéaga, Casimiro.: *Reflexiones sobre la Medicina*. Periódico de la Academia de Medicina de México). Vol. II. México, D.F. p. 18.
5. Carpio, Manuel.: *Cuadro del estado actual de la Medicina*. Periódico de la Academia de Medicina de México. (Ed. Academia de Medicina de México). Vol. V. 1840. México, D.F. p. 12.
6. Río de la Loza, Leopoldo.: *Acta de la Sesión Inaugural*. Periódico de la Academia de Medicina de México, (Ed. Academia de Medicina de México). Vol. I. 1852. México, D.F. p. 2.
7. Ortega, Aniceto.: *Acta de la Sesión Inaugural*. Periódico de la Academia de Medicina de México. (Ed. Academia de Medicina de México). Vol. I. 1852. México, D.F. p. 4.
8. El discurso se publica en el Periódico *L'Estafette* del 19 de Abril de 1864.
9. Somolinos, Juan.: *La Academia desde sus orígenes hasta el período revolucionario*. Gaceta Médica de México. Vol. 115. 1979. México, D.F. p. 387.
10. Somolinos, Juan.: *Palabras al tomar posesión de la Presidencia de la Academia Nacional de Medicina*, Gaceta Médica de México, Vol. 123. 1987, México, D.F. p.p. 80-83.

Estudio comparativo entre los materiales adhesivos biológicos y no biológicos en fracturas del dorso nasal. Estudio experimental.

Dr. José A. Gutiérrez Marcos**

Dr. Martín Castañeda***

Dr. Arturo Ramírez***

Resumen.- Los adhesivos no biológicos, en forma de cianoacrilatos, permiten una buena adhesividad tisular, con la gran desventaja de provocar intensas reacciones locales, con lisis de tejidos.

Los adhesivos biológicos han sido utilizados desde 1950, con el objeto de fijar diferentes tejidos, pero es en la forma de fibrinógeno como encuentran su mejor aplicación clínica, con buenos resultados.

El presente trabajo muestra la comparación de resultados entre ambos adhesivos, identificando la reacción inflamatoria y el grado de unión estructural de los tejidos, mediante la aplicación de los mismos en dos grupos de 7 conejos Nueva Zelanda, así como un grupo testigo de otros siete elementos.

**Trabajo que obtiene el premio al mejor trabajo de investigación en el XLI Congreso Nacional de ORL en Ixtapa, Gro.*

***Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología C.R. 20 de Noviembre, ISSSTE*

****Médico residente del tercer año de la especialidad de otorrinolaringología, C.R. 20 de Noviembre, ISSSTE*

En los resultados, el grupo testigo, no mostró reacción ósea, sin embargo el adhesivo no biológico ocasionó gran reacción tisular, con necrosis. El grupo en el que se aplicó fibrinógeno, prácticamente no mostró reacción inflamatoria y si una gran adhesividad y mayor resistencia.

Se concluye que los adhesivos biológicos son de ayuda para la fase de consolidación de una fractura, sobre todo si son obtenidos a partir de la sangre del propio sujeto.

Summary.- Non biological glue in form of cyanacrylates have good tissue tension with the inconvenience of important tissue inflammatory reaction and necrosis. Biological cements have been used since 1950 in the form of fibrinogen with good results.

The author reports a comparative study of the tissue reaction and cohesive properties of both adhesives in two groups of New Zealand rabbits, with a third control group. The results were, no membrane reaction in the control group, an important reaction with necrosis in the cyanacrylate group and no inflammatory response with good adhesive action in the biological adhesive group. The authors conclude that biological adhesive are useful in the phase of bone consolidation overall if are obtained from the blood of the same individual.

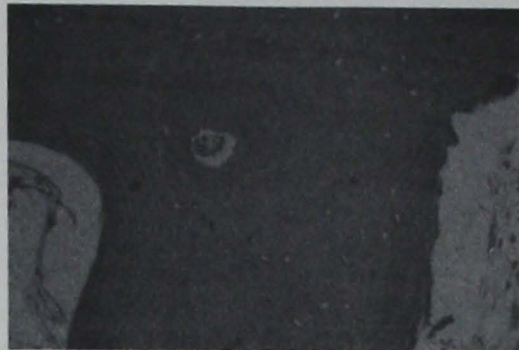


Figura 1
Control 30 días. Se observa hueso de neoformación en el sitio de la fractura, sin reacción.

Palabras clave: Adhesivos tisulares, injertos.

Introducción

El deseo de encontrar un adhesivo que logre la unión de los tejidos durante y después de una cirugía, ha provocado la búsqueda constante del material adecuado. La eficacia y biocompatibilidad de los adhesivos no biológicos, como son aquellos que contienen cianoacrilato, han sido discutidas desde hace algunas décadas, sobre todo si se tienen en cuenta sus efectos a largo plazo, como son la lisis de tejidos circundantes y la evidencia de necrosis en algunos estudios experimentales.^{1,2}

Sin embargo, los cianoacrilatos en cualesquiera de sus formas utilizadas clínicamente (metil-cianoacrilato, butil-cianoacrilato, isobutil-cianoacrilato etil-cianoacrilato y fluoro-alkil-cianoacrilato), tienen la gran ventaja de permitir una gran adherencia tisular, a pesar de encontrarse en presencia de un medio acuoso, debido a que los monómeros del ciano-acrilato son altamente fluidos y logran diseminarse por encima de la delgada cubierta acuosa de que constan la mayoría de los tejidos biológicos.^{3,4}

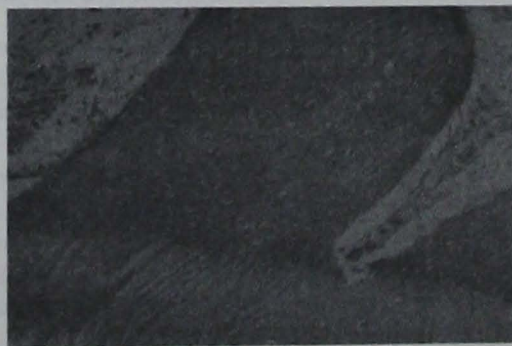


Figura 2
Fibrinógeno 30 días. Se observa ligero despulimiento de los bordes óseos, con signos de restauración temprana.

En la actualidad se sabe que el metil-cianoacrilato no debe utilizarse clínicamente, ya que ocasiona grandes lesiones tisulares y óseas, con necrosis tardía. En nuestra especialidad, existen reportes específicos en cirugía otológica acerca de las lesiones tisulares severas incluyendo gran toxicidad laberíntica.⁵

En cuanto a los reportes acerca del butil-cianoacrilato y el iso-butil-cianoacrilato las conclusiones son contradictorias, ya que algunos autores recomiendan su uso en forma totalmente segura, basados en resultados experimentales, mientras que existen otros investigadores que emiten una serie de advertencias acerca de los daños tisulares que puedan presentarse. Seguramente la gran variabilidad de resultados se debe al uso de diferentes animales de laboratorio como modelos experimentales, ya que se utilizaron ratas, conejos, mandriles y gatos en los diferentes estudios.^{6,7}

Sin embargo, aún cuando la cantidad de adhesivo no biológico sea mínima y aparentemente bien tolerada, permanecerá una capa de cuerpo extraño plástico en los tejidos, siendo por ello lógico que haya surgido la intención de encontrar un material que cuente con la capacidad adhesiva suficiente y que de preferencia sea biodegradable.

A mediados del presente siglo, se inició el uso del fibrinógeno en combinación con trombina para lograr la fijación de injertos de piel. En la década de los setentas, se inicia la fase experimental del uso del fibrinógeno, para posteriormente aplicarlo en procedimientos quirúrgicos de diferentes áreas del organismo, con excelentes resultados.⁸

Sin embargo, una desventaja importante de este tipo de adhesivos dado que deben obtenerse a partir de la sangre humana, consiste en el peligro latente de transmitir al virus de la hepatitis "B", así como del SIDA.

En la especialidad de Otorrinolaringología, el uso de los materiales adhesivos se ha limitado prácticamente al terreno otológico, pero pensamos que dada la poca o nula reacción de los adhesivos biológicos, su uso puede ser extendido a todos los terrenos de la especialidad, ya que se sabe que una solución concentrada de fibrinógeno, mezclada con igual volumen de trombina forman un coágulo muy estable



Figura 3
Cianoacrilato 30 días. Denota despulimiento de los bordes óseos, infiltrado de polimorfonucleares, edema, infiltrado linfocitario y necrosis tisular.

suficientemente fuerte como para mantener estabilizada una fractura libre de tensión muscular.

El adhesivo biológico deberá ser obtenido mediante un concentrado de fibrinógeno humano y factor XIII, el cual es un co-factor de coagulación, que estabiliza los coágulos de fibrina, uniendo en forma covalente y cruzada a la cadena alfa de la cadena fibrinógeno.

El presente trabajo tiene la finalidad de encontrar un adhesivo ideal, mediante la búsqueda experimental de la presencia o ausencia de reacción inflamatoria y/o tóxica después de la aplicación de un adhesivo biológico homólogo como es el fibrinógeno y la de un adhesivo no biológico como el cianoacrilato, tratando de encontrar también el grado de unión estructural de los tejidos.

Material y Método

Se realizó un estudio comparativo, contando con 21 conejos Nueva Zelanda, los cuales se sujetaron a control sanitario y fueron divididos en 3 grupos de 7 elementos cada uno, asignándose de la siguiente manera:

Grupo I: Grupo control (n=7).



Figura 4
Control 180 días. Sin reacción inflamatoria, estroma estable.

Grupo II: Grupo con aplicación de adhesivo biológico (n=7).

Grupo III: Grupo con aplicación de adhesivo no biológico (n=7).

Un integrante de cada uno de los grupos se sacrificó a los 3,7,15,30,60,90 y 180 días.

El adhesivo biológico se logró dividiéndolo en 2 componentes, el primero de ellos mediante la obtención de 9cc de sangre del propio sujeto en experimentación, los cuales se mezclaron con 1cc de solución de citrato de sodio al 10%, estéril. Dicha mezcla se dividió en 4 tubos y fue centrifugada a 3200 rpm durante 10 minutos, para posteriormente proceder a la combinación del plasma obtenido con 2.4 cc de solución de sulfato de amonio purificado. Una vez realizado este procedimiento el fibrinógeno se precipita de inmediato, por lo que es necesario volver a centrifugar a 3200 rpm durante 3 minutos, con el objeto de colocar la muestra en un tubo estéril que permaneció refrigerado hasta 2 horas antes de su requerimiento, momento en el que se le agregó .5 cc de cloro de calcio.

El segundo componente del adhesivo biológico se obtuvo disolviendo 750 u de trombina en 1.5 cc de agua estéril para posteriormente añadir 2.5 mg de ácido amino-caproico.

Los dos componentes del adhesivo se mezclaron posteriormente en el momento de su aplicación sobre el sitio a estudiar experimentalmente.

El adhesivo no biológico, se obtuvo directamente de su forma comercial (ciano-acrilato) y se aplicó lo mismo que el adhesivo biológico, directamente sobre los bordes de los fragmentos previamente resecaados del dorso nasal, de aproximadamente 1 cm². Posterior a su aplicación, se aplicó una discreta presión sobre los bordes del defecto óseo, durante 2 min.

A los elementos del grupo testigo se les practicó la recolocación de los fragmentos óseos directamente, siendo suturados por planos posteriormente en todos los casos.

Una vez dispuestos cada uno de los sacrificios de los sujetos de experimentación, se obtuvieron las regiones del dorso nasal de cada uno de ellos para someterlas al estudio histopatológico mediante la observación con microscopía óptica,



Figura 5
Fibrinógeno 180 días. Etapa inflamatoria tardía con discreto infiltrado linfocitario y de polimorfonucleares.

previa tinción con hematoxilina-eosina, buscando el grado de erosión ósea, la reacción inflamatoria local y el grado de unión estructural.

Resultados

En el grupo control no se manifestó ningún grado de erosión ósea, sin embargo, en el que fue tratado con adhesivo biológico, se encontró despulimiento de los bordes óseos en las etapas finales (90 y 180 días).

En el grupo con adhesivo no biológico, durante las primeras fases (3, 7, 15 y 30 días), se observó despulimiento de los bordes óseos, destacando a partir de los 60 días y hasta la etapa final de 180 días, una erosión de todo el periostio.

Por lo que se refiere a la reacción inflamatoria, en el grupo testigo no se manifestó ningún cambio en ninguno de los sujetos de experimentación, salvo el lógico de restauración temprana. El grupo con aplicación de adhesivo biológico presentó un estado inflamatorio con presencia de polimorfonucleares en las etapas finales (90 y 180 días), así como infiltrado lin-

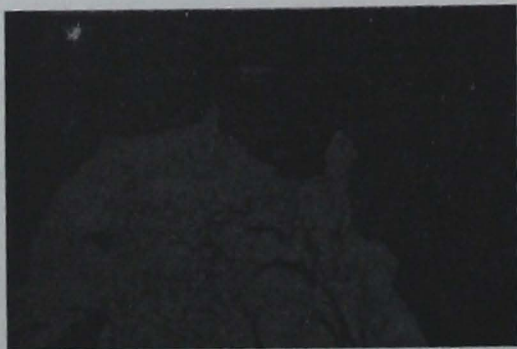


Figura 6
Cianoacrilato 180 días. Se observa reacción granulomatosa, necrosis tisular y estroma mal diferenciado.

focitario como consecuencia de una etapa inflamatoria tardía.

El grupo con adhesivo no biológico presentó además del infiltrado de polimorfo nucleares, edema y congestión del estroma en las etapas iniciales (hasta los 15 días), apareciendo a partir de los 30 días infiltrado linfocitario, así como reacción granulomatosa con necrosis tisular, presencia de células gigantes y estroma mal diferenciado a los 90 y 180 días.

El grado de unión estructural fue medido en gr/cm^2 encontrando en el grupo control en la etapa inicial $10 \text{ gr}/\text{cm}^2$ en la media $60 \text{ gr}/\text{cm}^2$ y en la final $80 \text{ gr}/\text{cm}^2$.

El grupo con adhesivo biológico, en la etapa inicial reportó $20 \text{ gr}/\text{cm}^2$, $80 \text{ gr}/\text{cm}^2$ en la media y $150 \text{ gr}/\text{cm}^2$ en la final.

Por último, el grupo con adhesivo no biológico mostró en las fases iniciales $30 \text{ gr}/\text{cm}^2$, $80 \text{ gr}/\text{cm}^2$ en las medias y $60 \text{ gr}/\text{cm}^2$ en las finales.

Discusión

Dentro de los adhesivos biológicos, es evidente que el fibrinógeno funciona adecuadamente, de acuerdo a los resultados experimentales de nuestro trabajo y a la comparación de estos con las de otros autores, ya que permite la inmovilización en el lugar exacto de una reconstrucción ósea, hasta lograr el crecimiento del tejido de cicatrización, sin dejar un cuerpo extraño permanente, situación que ocurre con el cianoacrilato y que se traduce esto último en una disminución en la resistencia del tejido de neo-formación a largo plazo, debido a la presencia de importante reacción local.

Muchos de los materiales con los que se cuenta para los procedimientos rutinarios de cirugía otorrinolaringológica son de origen biológico, incluyendo por supuesto, aquellos que se obtienen del propio paciente, los cuales siempre serán preferibles a otros elementos no biológicos, que producirán una reacción a cuerpo extraño tarde o temprano.

En la búsqueda de estos agentes y específicamente en lo que se refiere a los adhesivos, el uso del cianoacrilato en forma rutinaria tuvo una época intensa de aplicación, sin embargo, se ha encontrado que logra el fraguado mediante una respuesta exotérmica expuesta capaz de lesionar a las estructuras en

contacto con él; por otro lado, forma una fuerte barrera plástica, que además de actuar como cuerpo extraño impide la penetración y el crecimiento del tejido reparador.^{9, 10}

En conclusión, podemos decir que mediante la obtención del fibrinógeno utilizando sulfato de amonio para lograr su precipitado y agregándole fibrina, un inhibidor de la fibrinólisis como es el ácido amino-caproico y cloruro de calcio, se logrará contar con fibrina estable, de la misma manera prácticamente a como se desarrolla en la última fase de la coagulación.

Mediante el uso de este tipo de adhesivo biológico entonces, prácticamente no existe reacción de rechazo, inflamación o toxicidad; su única crítica a nivel de aplicación en el ser humano, serían su obtención a partir del plasma humano, con la consecuente posibilidad de transmisión de enfermedades como la hepatitis o el SIDA, sin embargo, si el producto se obtiene a partir del mismo paciente, se suprimen las posibilidades de contagio.

Referencias Bibliográficas

1. Siedentop K.H.; Harris M.D.: Experimental use of fibrin tissue adhesive in middle ear surgery. *Laryngoscope*, 1983,93:1310-1313.
2. Staindl O.: Tissue adhesion with highly concentrated human fibrinogen in otolaryngology, *Ann Otol* 1979,88:413-418.
3. Bergel S.: Autologous fibrinogen based adhesive for use in otologic surgery. *Laryngoscope* 1988,28: 319-321.
4. Matras H.; Dingas H.D.: Study comparative of the clinical results obtained by means of platipore and ceramic prosthesis/and bone. *Am J Otol* 1986,7:294-297.
5. Seelich T.: Human fibrinogen tissue adhesive. A new tool in middle ear surgery. *J Head Neck Path* 1982,3:94-95.
6. Siedentop K. H.: Tissue adhesive Histoacryl in experimental middle ear surgery. *Am J Otol* 1980,2:77-87.
7. Heumann H.; Steinbach E.: The effects of an adhesive in the middle ear. *Arch Otolaryngol*, 1980, 116: 734 - 737.
8. Schneider E. A.: Glue fixation of splint skin graft to the bony orbit. *J Plast Rec Surg*, 1976, 4: 633 - 635.
9. Kerr A. G.: Bucrylate (isobutyl cianoacrylate) as an ossicular adhesive. *Arch Otolaryngol*, 1971, 94:129 - 131.
10. Smyth G.D.L.: Kerr A.G. :A new autologous fibrinogen - based adhesive for otologic surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1986, 95:40 - 45.

**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

iii NO FALTES!!!

iii INSCRIBETE DESDE AHORA !!!

Resección endoscópica del ganglio de Gasser (Estudio anatómico)

Dr. Marcos A. Rodríguez Perales**

Dr. Emilio Ponce Zaleta***

Resumen.- La neuralgia del trigémino es un padecimiento relativamente frecuente, que hasta el momento no tiene un tratamiento estandarizado ni satisfactorio, por lo que se realiza un estudio anatómico para abordar bajo visión directa, endoscópicamente con telescopios rígidos el Ganglio de Gasser, encontrando que este procedimiento es seguro, rápido, poco traumático y confiable para el tratamiento que se desea hacer, ya sea seccionado, inyectando sustancias o cualquier otro método de tratamiento elegido. No encontramos referencias en la literatura de este tipo de abordajes neuroendoscópicos, por lo que consideramos este trabajo como original y con un futuro promisorio para realizar: diagnósticos, biopsias, descompresiones vasculares, sección de otros pares craneales, drenaje de hematomas, colocación de válvulas de derivación y muchos otros procedimientos de los cuales seguramente pronto tendremos noticias.

Summary.- Trigeminal Neuralgia is a frequent disease, that until the present time has no standardized satisfactory treatment. The authors present an anatomic study and suggest the use of endoscopes for the surgical approach of Gasserian ganglion. They find the method to be safe, nontraumatic, and quick, in diagnosis and therapeutical procedures as biopsies, injection, of different substances as well as the section of the ganglion. The authors comment the use of endoscopes in Neurosurgical procedures as a new and promising field.

Palabras clave: Neuralgia del trigémino, ganglio de Gasser, endoscópico, nervio trigémino, peñasco del temporal.

Introducción

La neuralgia del trigémino o tic doloroso es un trastorno común en donde el paciente esta tan desesperado por el dolor, de ahí que se le conozca desde los primeros tiempos de la Historia de la Medicina.^{1, 2, 5}

Esta forma de neuralgia se caracteriza por:

- 1.- Paroxismos de intenso dolor con duración de segundos a minutos, separados por periodos de ausencia de dolor.

*Este trabajo fue presentado en el XII Congreso Nacional de la Federación de Sociedades y Colegios de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de la República Mexicana, A.C. El 5 de octubre de 1990 en la Cd. de Monterrey N.L., obteniendo el premio al mejor trabajo de investigación.

**Residente de O.R.L. Hospital Central Mil. México D.F.

***Hospital Militar Regional de Veracruz.

- 2.- Provocación de los paroxismos dolorosos por estímulos periféricos en la cara y la boca, como masticación, deglución, afeitarse, etc.
- 3.- Radiación del dolor en el territorio del nervio trigémino por lo general en su rama maxilar superior o inferior.
- 4.- Restricción de dolor en un solo lado de la cara.
- 5.- Ausencia de déficit neurológico en el territorio del nervio trigémino.^{3, 6, 8}

Se ha señalado que el dolor facial se asocia frecuentemente con lesiones que afectan el ganglio de Gasser que con las que afectan la raíz posterior.⁶

En casos muy particulares los neurinomas del acústico y trigémino así como los meningiomas se asocian a neuralgia del trigémino típica, sin embargo, el colesteatoma produce un dolor a modo de Tic en un alto porcentaje de pacientes^{7, 8} en particular cuando comprime el ganglio de Gasser en la fosa media. Pueden producir dolor facial los tumores que invaden las divisiones del nervio trigémino.

El tratamiento inicial de la neuralgia del trigémino es médico, siendo el medicamento de elección hasta este momento la carbamacepina, la cual ha resultado ser muy beneficiosa para aliviar los episodios de dolor paroxístico. En algunas personas este medicamento va perdiendo eficacia y otras tienen recaídas después de suspender la droga, otro peligro es el de la toxicidad, que en algunos casos las náuseas, ataxia y vértigo son demasiado molestos para continuar con el tratamiento. Las complicaciones severas como son agranulocitosis y toxicidad renal y hepática son infrecuentes pero requieren un atento monitorio de laboratorio. Varias nuevas drogas se encuentran en investigación.^{4, 18, 20, 21, 22}

Si el tratamiento médico falla, habrá que considerar los procedimientos invasivos. Se han ideado varias técnicas quirúrgicas encaminadas a aliviar la neuralgia del trigémino, todas tienen alguna ventaja particular. Algunos neurocirujanos prefieren la sección diferencial de la raíz posterior de la fosa media.⁸ Pero intentado evitar perder la sensibilidad táctil de la cara Dandy en 1929 seccionaba la raíz posterior en la fosa craneal posterior.

Con ayuda del microscopio electrónico, Jannetta en 1967 confirmó la impresión de Dandy de que conservando estas fibras se mantiene el tacto fino y al mismo tiempo se elimina el dolor de la misma área. Se idearon numerosos procedimientos complicados y menos riesgosos, la inyección de los diversos troncos nerviosos con agentes neurotóxicos continúa siendo un recurso muy eficaz y sencillo para controlar el dolor de la neuralgia. La inyección de alcohol, glicerol o fenol en el ganglio de Gasser está destinada a destruir las células ganglionares y por lo tanto aliviar en forma permanente el tic doloroso^{5, 6, 9, 10, 11, 12} sin embargo se asoció a una gran incidencia de complicaciones como queratitis no paralítica y anestesia dolorosa^{13, 14} tratando de evitar esto Jager en 1959 inyectó incrementos de 0.5 ml de agua hirviendo en el ganglio de Gasser y de este modo obtuvo una tasa de complicación mucho mas baja, pero esto no obtuvo la preferencia de otros neurocirujanos.

En 1931, Krischner introdujo una técnica para coagular el ganglio de Gasser. En los últimos 5 decenios se trató en Europa (en donde goza de gran popularidad) a grandes series de pacientes con esta técnica¹⁰, pero a pesar de su uso constante y sus buenos resultados hace poco, que se le empezó a adoptar en los Estados Unidos¹⁵, con resultados muy favorables en más de 500 casos.

La hipótesis de Jannetta de que la compresión vascular de la raíz nerviosa en la protuberancia es la causa principal de tic doloroso, condujo a un nuevo procedimiento quirúrgico que se está evaluando actualmente.¹⁶ Los resultados obtenidos en varias series indican que de esta operación se debe anticipar una incidencia relativamente alta de fracasos y recidivas del dolor, aunque hacen falta estudios adicionales para determinar un papel que este procedimiento tendrá en el tratamiento de la neuralgia del trigémino.^{17, 18}

La aplicación de principios estereotáxicos ha conducido a un notable grado de inocuidad y confiabilidad de los resultados, siendo mejor que cualquier otra técnica, no importa que se procure destrucción o descompresión quirúrgica.¹⁹

Apesar de lo reportado en la literatura, hemos sido testigos de algunas complicaciones de estos procedimientos.^{9, 13, 14, 15, 16, 17, 18}

Debido a la frecuencia relativamente alta de neuralgia del trigémino, y a lo poco satisfactorio

Foto 1
Aspecto del sitio de Introducción del Endoscopio. Unión de la Línea temporal y sututemporooccipital.



Foto 2
Endoscopio en Peñasco del Temporal. Cavum de Meckel.



de los procedimientos quirúrgicos (por falla de los mismos o sus complicaciones), hemos realizado un estudio anatómico para abordar objetivamente y con seguridad el ganglio de Gasser, a través de una craneotomía del hueso temporal utilizando un endoscopio rígido tipo Hopkins, disecando el piso de la fosa media, siguiendo el peñasco del hueso temporal hasta llegar al cavum de Meckel.

En la literatura no encontramos antecedentes de abordajes similares realizados a través de la endoscopia y consideramos que de ser factible

sería una manera original, poco traumática, segera y fácil de abordar el ganglio de Gasser.

Técnica:

A 3 cm anterosuperiormente del pliegue auricular, se realiza una incisión en forma de C, de 5 cm de longitud aproximadamente, realizando un colgajo de 2 planos, tomando injerto de facial temporal siendo este el primer plano y llegando hasta el periostio y levantándolo en el segundo colgajo. Inicialmente se realiza un trepano de 1.5 cm en el hueso temporal, en la unión de la línea temporal con la sutura temporo-parietal. Se fresa hasta identificar meninges y el piso de fosa media. Posteriormente mediante disección roma y visualización endoscópica directa, utilizando endoscopios tipo Hopkins de visión gran angular con objetivos a 0, 30, 70 y 90 grados y utilizando instrumental para cirugía endoscópica, se procede a levantar las meninges del piso de la fosa media en una dirección de aprox. 45° con respecto a la superficie ósea, siguiendo el peñasco del hueso temporal, se identifican previamente las ramas de la arteria meníngea media llevando la

Foto 3
Vista de la manera de introducir el Endoscopio.

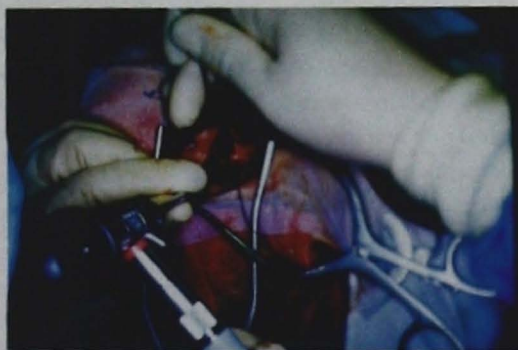


Foto 4
Fotografía del abordaje, del Ganglio de Gasser, en donde se observa la aguja (A) dirigiéndose en dirección superior a punccionar el ganglio (B).

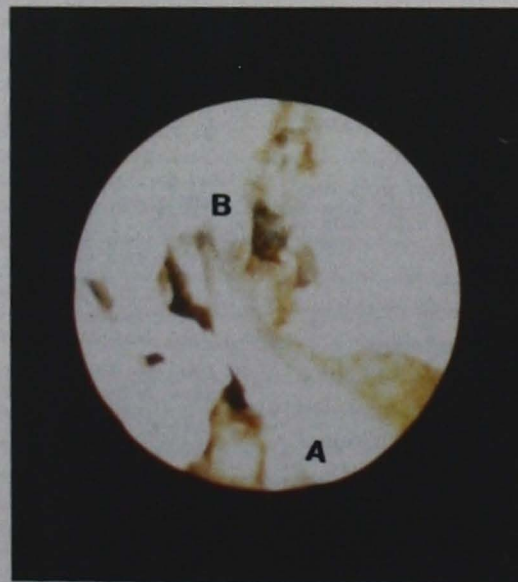
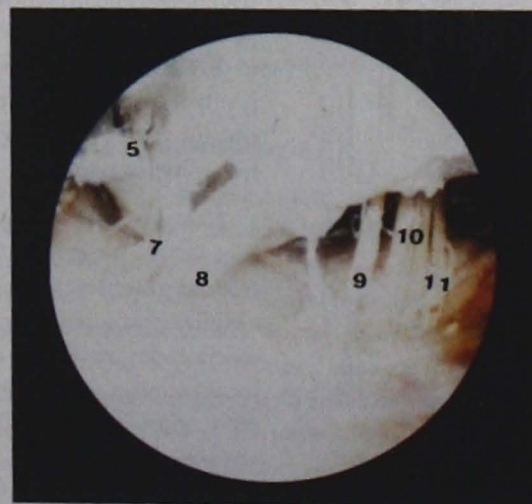


Foto 5
Fotografía de la base del cráneo en donde se puede ver con claridad los pares craneales V, VII, VIII, y saliendo por el foramen lacerum o agujero rasgado posterior los pares craneales IX, X, y XI, incluso en este último su raíz espinal.



disección hasta su entrada al cráneo en el agujero espinoso o redondo menor que nos servirá de referencia para localizar el agujero oval que es por donde sale la tercera rama del nervio trigémino. Una vez identificadas estas estructuras se procede a puncionar, bajo visualización directa con una aguja en una dirección superior si se quiere tratar el ganglio de Gasser, perpendicular si es únicamente la tercera rama o anteriormente para la segunda rama del trigémino. Se realiza el procedimiento elegido, se retira el instrumental, se coloca el injerto de facial temporal en el trepano realizado, se cierra en dos planos el primero con catgut 2-0 y la piel y tejido subcutáneo con un surgete continuo de seda 3-0.

Conclusiones

Encontramos que es factible este abordaje, visualizándose adecuadamente el ganglio de Gasser para realizar la maniobra que se haya elegido como es la inyección de sustancias, aplicación de medios físicos o la resección selectiva de fibras del trigémino a este nivel. Así mismo la movilización de tejido cerebral es prácticamente nula a diferencia de abordajes como el de la fosa media, en donde 8 minutos después de retracción del cerebro puede hacerse evidente mediante resonancia magnética en T-2 un daño neurológico incipiente. Así mismo se evitan complicaciones que en procedimientos realizados a ciegas ha llegado a producir resultados incluso fatales.

Actualmente se encuentra aprobado por el comité de Ética del Hospital Central Militar el protocolo para el tratamiento de la neuralgia del trigémino rebelde al tratamiento médico con este abordaje, quedando a decisión del neurocirujano el procedimiento terapéutico de su elección. Es probable que para la publicación del presente trabajo ya se hayan intervenido con esta técnica los primeros pacientes.

Nosotros creemos que este tipo de abordajes endoscópicos tiene un futuro muy promisorio y que las posibles aplicaciones futuras son muy amplias para pacientes con hemorragias intracraneales, resección de cisticercos en algunas localizaciones, sección de otros pares craneales, colocación de válvulas de derivación, drenaje de abscesos, resección y diagnóstico de algunos tumores intracraneales y muchos otros

procedimientos de los que seguramente pronto tendremos noticia.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Mandel S.: Facial pain. "Why does my face hurt, doctor?" Postgrad Med. 1990 87 (1): 77-80.
- 2.- Long D. M.: A century of change in Neurosurgery at Johns Hopkins: 1889-1989. J. Neurosurg. 1990 75:635-638.
- 3.- Katusic S.; Beard CM.; Bergstralh E.; Kurland L. T.: Incidence and clinical features of trigeminal neuralgia. Ann Neurol 1990 27(1): 89-95.
- 4.- Fromm G.H.: Trigeminal neuralgia and related disorders. Neurol Clin. 1989 7(2): 305-319.
- 5.- Crawford J.V.; M and Walkner A.E.: Surgery for pain: A history of Neurologic Surgery. Baltimore, The Williams & Wilkins Company, 1951.
- 6.- White J.C. and Sweet W.H.: Pain and the Neurosurgeon. Springfield Ill., Charles C. Thomas, Publisher, 1969.
- 7.- Revilla A.G.: Tic Doloureux and its relationship to tumors of the posterior fossa: Analysis of twenty-four cases. J. Neurosurg. 1947, 4:233.
- 8.- Stookey B.: Differential dorsal root section in the treatment of bilateral trigeminal neuralgia. J. Neurosurg. 25:501.
- 9.- Harris W.: An analysis of 1,433 cases of paroxysmal trigeminal neuralgia and the results of gasserian alcohol injection. Brain 1940, 63:209.
- 10.- Kirschner M.: Die behandlung der trigeminous Neuralgia. Muenchen Med. Wschr. 1942, 89:461.
- 11.- North RB. Kidd D. H.; Piantadosi S.; Carson B.S.: Percutaneous retrogasserian glycerol rhizotomy. Predictors of success and failure in treatment of trigeminal neuralgia. J Neurosurg. 1990, 72:851-87.
- 12.- Fujimaki T.; Fukushima T.; Miyazaki S.: Percutaneous retrogasserian glycerol injection in the management of trigeminal neuralgia. J Neurosurg. 1990, 73:212-216.
- 13.- Zabel RW.; and Minsioulis G.: Hyperplastic precorneal membranes. Extending the spectrum of neurotrophic keratitis. Cornea 1989, 6(4): 247-250.
- 14.- Umlauf P.C.: Neuroparalytic keratitis. J Am Opom Assoc. 1990, 61(3): 196-199.
- 15.- Wepsic J.: Evaluation of selective radifrequency lesions of gasserian ganglion for facial pain. Presented at Society of University Neurosurgeons, May, 1969.
- 16.- Jannetta P.S.: Treatment of trigeminal neuralgia by suboccipital and transtentorial cranial operations. Clin. Neurosurg. 1976, 24:538.
- 17.- Bederson J.B.; and Wilson C.B.: Evaluation of microvascular decompression and partial sensory rhizotomy in 252 cases of trigeminal neuralgia. Neurosurgery. 1989, 71 (3): 359-367.
- 18.- Fromm G.H.: Trigeminal neuralgia and related disorders. Neurol. Clin. 1989, 7 (2): 305-319.
- 19.- Tew J.M.; Keller J.T. and Williams D.S.: Application of stereotaxic principles to the treatment of trigeminal neuralgia. Appl. Neurophys. 1978, 41:146.
- 20.- Zakrzewska J. M.: Medical management of trigeminal neuralgia. Br Dent J. 1990, 168 (10):399-401.
- 21.- Lechin E.; van der Dijs B.; Lechin M. E.; Amat J.; Lechin A.E.; Cabrera A.; Gómez F. et al: Primozida Therapy for trigeminal neuralgia. Arch Neurol. 1989 46 (9):960-963.
- 22.- Zurak N.; Randic B.; Poljakovic Z.; Voglein S.: Intravenous chlormethiazole in the management of primary trigeminal neuralgia resistant to conventional therapy. J Int Med Res. 1989, 17 (1): 87-92.

Miotomía cricofaríngea por parálisis faríngea secundaria al síndrome de Wallemberg

Dr. Jesús Ramón Escajadillo

Resumen.- Mediante una contracción peristáltica craneocaudal de los constrictores faríngeos e hipofaríngeos, el bolo alimenticio se impulsa hacia el esófago y el esfínter faringo-esofágico se abre en forma simultánea al inicio de la peristalsis faríngea y se cierra una vez que ha pasado el bolo alimenticio.

La integridad tanto de los músculos faríngeos como de los núcleos bulbares en el piso del IV ventrículo, así como de los nervios periféricos que forman al plexo faríngeo, son factores esenciales para que exista una adecuada fase faríngea de la deglución. Presentamos el caso de un paciente que desarrolla una parálisis faríngea secundaria a una trombosis de la arteria vertebral izquierda (síndrome de Wallemberg), la cual ocasionó una disfagia importante y que, posterior a la realización de una miotomía cricofaríngea, se obtiene la resolución completa de su sintomatología digestiva superior.

Summary.- By means of a craniocaudal peristaltic contraction of the pharyngeal and hypopharyngeal constrictors, the food bolus is pushed toward the esophagus; the pharyngeal-esophageal sphincter opens simultaneously to the beginning of the pharyngeal peristalsis, and closes once the bolus has passed through. The integrity of both the pharyngeal muscles and the bulbous nuclei on the floor of the IV ventricle, as well as of the peripheral nerves which constitute the pharyngeal plexus, are main factors to an adequate pharyngeal phase of deglutition. We present a case in which the patient developed pharyngeal paralysis se-

condary to left vertebral artery thrombosis (Wallemberg syndrome), which was responsible for marked dysphagia. After a cricopharyngeal myotomy, all the upper digestive symptoms disappeared.

Palabra clave: Disfagia, deglución, síndrome de Wallemberg, miotomía cricofaríngea

Introducción

La propulsión del alimento en el tracto digestivo se efectúa mediante contracciones coordinadas de sus paredes, teniendo, además, mecanismos de cierre a través de sus diferentes uniones anatómicas que permiten sólo el paso distal del bolo alimenticio, siendo en estas áreas de unión en donde se presentan con relativa frecuencia los trastornos funcionales.

Anatomía y Patofisiología

Valsalva (1707)¹ fue el primero en identificar en forma anatómica y funcional a las fibras musculares de la porción cricofaríngea del músculo constrictor inferior de la faringe, al que denominó músculo cricofaríngeo. Las fibras de éste surgen en forma bilateral del cartílago cricoides y toman un curso horizontal de izquierda a derecha sin rafe, para pasar a través de la pared posterior de la faringe; se cree, además, que las fibras circulares más craneales del

músculo esofágico también forman parte de este esfínter faringo-esofágico o esfínter esofágico superior.

Existe una alta presión de reposo en este esfínter a nivel de la unión entre la hipofaringe y el esófago.^{2,3}

El mecanismo de la deglución es activado cuando el bolo alimenticio se encuentra en la base de la lengua. La nasofaringe se cierra por el paladar blando y la laringe inicia un movimiento hacia arriba. La base de la lengua dirige al bolo en dirección dorso-caudal, mientras la laringe alcanza su punto más alto, y la epiglotis ayuda a cerrar al additus laríngeo por medio de una flexión caudal. Mediante una contracción peristáltica craneo-caudal de los constrictores faríngeos e hipofaríngeos, el bolo se impulsa hacia el esófago, y el esfínter faringo-esofágico se abre en forma simultánea al inicio de la peristalsis faríngea y se cierra una vez que el bolo alimenticio ha pasado. El resto del transporte de éste al estómago se efectúa a través de la peristalsis esofágica. La laringe vuelve a tomar su posición de repaso y la epiglotis se mantiene en posición erecta.

Se sabe también que el efecto de la gravedad juega un papel importante en el transporte del bolo.

La integridad de los núcleos bulbares en el piso del IV ventrículo, en especial de los núcleos motores del nervio vago, así como de los nervios periféricos que contribuyen a formar al plexo faríngeo con su inervación simpática y parasimpática y la integridad de la musculatura faríngea, son factores esenciales para que exista una adecuada fase faríngea de la deglución. Los desórdenes en estas áreas son responsables de la disfagia.⁴

Presentamos el caso de un paciente que en la quinta década de la vida desarrolló una parálisis faríngea secundaria a una trombosis de la arteria vertebral izquierda (síndrome de Wallemberg), la cual ocasionó una disfagia importante y que, dos años después de haberse alimentado a través de una gastrostomía, es tratado con una miotomía cricofaríngea, con la resolución completa de su sintomatología digestiva superior en iniciación de su dieta por vía oral.

Presentación del Caso

Se trata de un paciente del sexo masculino de 59 años, hipertenso, quien en febrero de 1987

presenta en forma súbita disfagia y disfonía, así como pérdida de la sensación de dolor y temperatura en hemicuerpo derecho.

La exploración física reveló una pérdida del reflejo corneal izquierdo, con una parálisis del velo del paladar del lado izquierdo, aunada a una disminución de la movilidad de la cuerda vocal izquierda. Había pérdida de la sensación de dolor y temperatura en hemicuerpo derecho con conservación de la sensibilidad táctil.

Debido a la disfagia severa que presentó, asociada a cuadros de aspiración moderada de secreciones, el servicio de cirugía decide realizar una gastrostomía al décimo día de iniciado el cuadro. El diagnóstico neurológico fue el de síndrome de Wallemberg secundario a trombosis de la arteria vertebral izquierda.

En enero de 1989 el paciente es referido al servicio de otorrinolaringología por presentar una otalgia derecha secundaria a un cuadro de otitis media aguda, y durante el interrogatorio expresó sus deseos de poder volver a comer por la vía oral, ilusión que había perdido durante el curso de su enfermedad, así como el de poder deglutir las secreciones orales, ya que tenía que eliminarlas continuamente a través de la boca.

La laringoscopia indirecta reveló una paresia vocal izquierda, junto con un acúmulo de secreciones en el seno piriforme. El esofalograma mostró una hipofaringe amplia, con retención del medio de contraste en la valécula y el seno piriforme, y escaso paso de éste a través del esófago (ver Figura 1).

Una manometría pre-operatoria del segmento faringo-esofágico mostró una disminución de la presión intra-hipofaríngea durante la deglución (ver Figura 2A).

Los estudios anteriores mostraron en forma clara una paresia hipofaríngea con un esfínter faringo-esofágico intacto, por lo que se programó para una miotomía cricofaríngea izquierda (ver Figura 3).

La evolución post-operatoria fue satisfactoria. La disfagia mostró una mejoría considerable al quinto y sexto día y la sonda de gastrostomía se retiró a las 3 semanas posteriores a la cirugía. El esofalograma post-operatorio (Figura 4) y la manometría esofágica (ver Figura 2B) efectuados al sexto mes de post-operatorio, mostraron un mejor paso del medio de contraste con persisten-

Figura 1
Esofagograma pre-operatorio en el que se aprecia una retención del medio de contraste en la valécula y el seno piriforme, con escaso paso de éste a través del esófago.

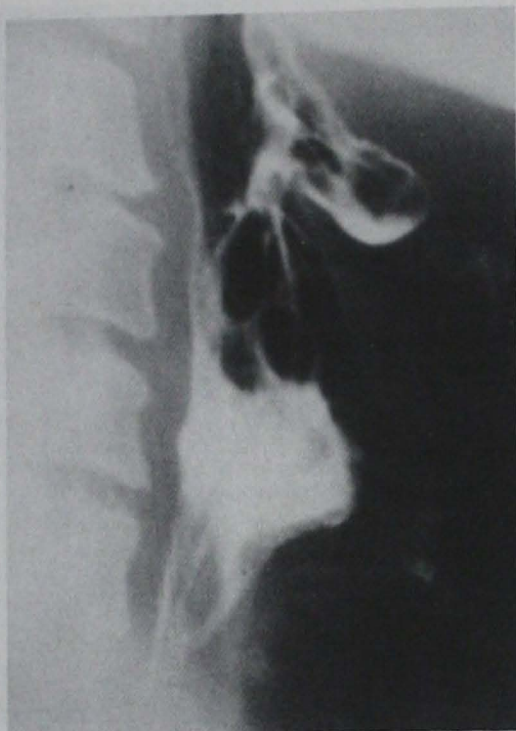
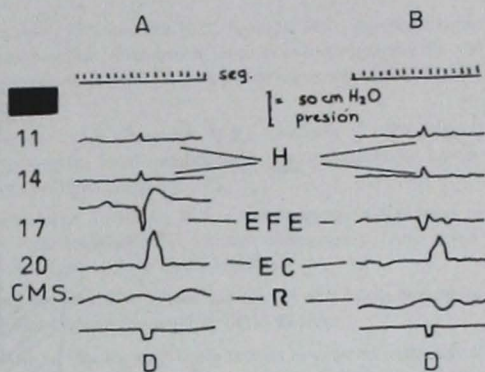


Figura 2.
A) Esofagomanometría pre-operatoria.- Nótese la disminución de la presión hipofaríngea (H) durante la deglución.
B) Esofagomanometría post-operatoria.- Aunque continúa la disminución de la presión hipofaríngea (H), se puede apreciar un cambio en el patrón de la presión reposo del esfínter faringo-esofágico.
H- hipofarínge; EFE- esfínter faringo-esofágico; EC- esófago cervical; R- respiración; D- deglución.



encia de la paresia hipofaríngea, pero con un patrón de reposo distinto del esfínter faringo-esofágico asociado a una ausencia en la disfagia

Técnica Quirúrgica

Se realiza una incisión de 10 cm a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, ipsilateral al lado de la lesión. La incisión se extiende cerca de la articulación esternoclavicular.

Se divide el músculo omohioideo y se liga y corta la vena tiroidea media, con lo que se obtiene una adecuada visualización de segmento lateral faringo-esofágico. En seguida, se procede a identificar al nervio laríngeo recurrente y a efectuar una rotación medial de la laringe y tráquea. Luego se introduce un esofagoscopio con luz distal y, a través de una transiluminación, apagando la luz del quirófano, se cortan todas las fibras musculares hasta alcanzar la mucosa, misma que se apreciará mejor si se realiza una insuflación de aire a través del endoscopio. Dicho procedimiento se facilita aún más con la ayuda del microscopio quirúrgico con 6X, se divide no sólo al músculo cricofaríngeo sino también a todas las fibras musculares del segmento esofágico más craneal, de tal manera que la longitud total de la miotomía es de aproximadamente 5 cm. Se

sugiere disecar y retraer bien las fibras musculares seccionadas, con la intención de evitar una posible reunión de éstas, o bien de que el tejido conectivo que se tomará en forma local pueda afectar una adecuada restauración funcional.

Por último, se cierra la herida por capas y se deja un tubo de drenaje por 3 a 4 días. Se inicia dieta semilíquida a las 48 horas de post-operatorio.

Comentarios

Hasta el momento, se considera que el esfínter faringo-esofágico se abre a través de dos mecanismos, el primero activo, mediante una relajación de sus fibras musculares, y el segundo pasivo, por el desplazamiento superior del esqueleto laríngeo.^{2,3}

Estudios experimentales efectuados por Kirchner⁵ han mostrado que el nervio vago es el responsable de la relajación del músculo cricofaríngeo durante la deglución. Por otro lado Conley⁶ ha notado que las secciones bilaterales vagales altas en el cuello, conllevan el desarrollo de una marcada disfagia, mientras que las secciones unilaterales o del nervio laríngeo recurrente en la porción media o inferior del cuello dan poca o nula sintomatología durante la deglución. La lesión de ambos nervios laríngeos superiores se asocia con una marcada disfagia secundaria a la pérdida sensorial de la laringe.

El síndrome de Wallemberg es un síndrome vascular, secundario a la trombosis de la arteria vertebral o de la arteria cerebelosa posterior. Puede afectar en forma ipsilateral al V, VIII, IX y X pares craneales. La afección de las fibras glossofaríngeas y de su núcleo produce trastornos

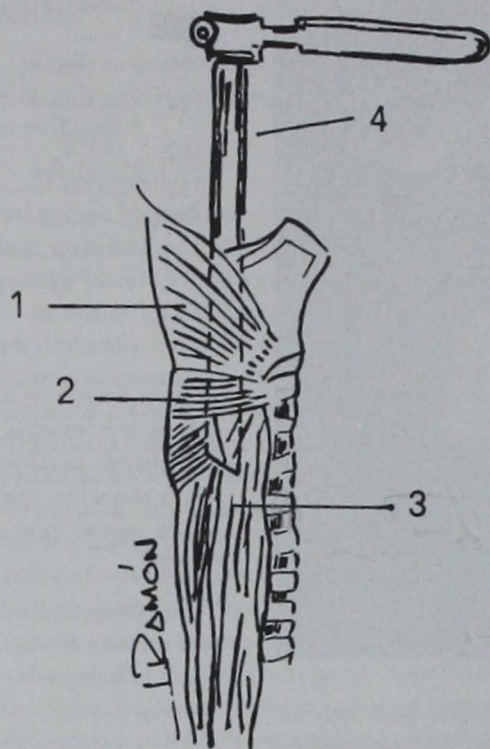


Figura 3.
Dibujo que muestra cómo se introduce el esofagoscopio, lo que, a través de una transiluminación, ayudará a realizar la sección externa de las fibras del músculo cricofaríngeo, y las del segmento esofágico más craneal.

1.- músculo constrictor inferior de la faringe; 2.- músculo cricofaríngeo; 3.- fibras musculares del esófago cervical; 4.- esofagoscopio.

Figura 4
Esofagograma post-operatorio, el cual muestra un mejor paso del medio de contraste, con desaparición clínica de la disfagia.



del gusto. La afección del núcleo ambiguo causa parálisis ipsilateral de la elevación del velo del paladar, de la faringe y de la cuerda vocal, esta última es la responsable de la disfagia que presentan estos pacientes. Las lesiones de los núcleos vestibulares espinales se asocian a nistagmus espontáneo hacia el lado de la lesión. La afección del V par, sobre todo en lesiones caudales, dará pérdida del reflejo corneal.

La lesión del tracto espinotalámico produce pérdida de la sensación de dolor y temperatura en todo el cuerpo al lado contralateral de la lesión, que se puede acompañar de pérdida de la sensibilidad profunda ipsilateral. La afección del cuerpo restiforme da trastornos ipsilaterales en la coordinación, sobre todo del miembro inferior.

La lesión en este síndrome está localizada en la porción lateral bulbar.⁷

Cuando existen daños neurológicos puros, como en el caso presentado, la esofagomanometría registra un aumento en la presión de reposo del esfínter faringo-esofágico, con una rápida disminución de la presión, como resultado de la

relajación durante la deglución, a diferencia de las miopatías en que la función esfintérica se encuentra también alterada. Debido a la falta de acción propulsiva de los constrictores faríngeos e hipofaríngeos, ya que el tiempo de relajación normal del esfínter es muy corto para permitir el paso de todo el bolo alimenticio. Esto explica el que los pacientes tengan la sensación de que el alimento permanece alojado en la garganta.

Lo anterior nos hace comprender por qué, cuando la placa radiográfica de un esofagograma se toma en el momento exacto de la relajación del esfínter faringo-esofágico, mostrará un adecuado paso del medio de contraste, pero si el disparo se realiza una fracción de segundo posterior, podrá revelar datos de una paresia hipofaríngea, como son la retención de medio de contraste en la valécula y en el seno piriforme, y/o un aparente ensanchamiento de la hipofaringe.

Es nuestra impresión que, en ocasiones, los síntomas de disfagia son interpretados como "globus histericus;" sin embargo, cuando los pacientes presenten dificultad para el paso de los alimentos, asociado a tos y/o aspiración, deberán ser sujetos a estudio tanto clínico como radiológico y, si es posible, manométrico.

Una simple laringoscopia indirecta nos indicará el estado de la movilidad de las cuerdas

vocales, así como la presencia o ausencia de retención de secreciones en los senos piriformes.

Una exploración neurológica completa será indispensable y si se llega a diagnosticar una paresia hipofaríngea, se deberá considerar la realización de una miotomía cricofaríngea que, si bien no cura el trastorno neurológico, sí es capaz de abolir o mejorar la disfagia y, con ello, permitir, como en el caso presentado, un mejor nivel de vida funcional.

Referencias Bibliográficas

1. *Overbeek J.J.M. van; Bessén, H.C.*: Cricopharyngeal myotomy in pharyngeal paralysis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1979, 88,596-602.
2. *Overbeek J.J.M. van; Wit H.P.; Paping R.M.L.; Segenhout H.M.*: Simultaneous manometry and electromyography in the pharyngoesophageal segment. *Laryngoscope* 1985, 95:582-584.
3. *Chodash P.L.; Giancarlo H.R.; Goldstein J.*: Pharyngeal myotomy for vocal rehabilitation postlaryngectomy. *Laryngoscope* 1984, 94:52-57.
4. *Zuckerbraun L.; Bahha M.S.*: Cricopharyngeus myotomy as the only treatment for Zenker diverticulum, *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1979, 88:798-803.
5. *Kirchner J.A.*: The motor activity of the cricopharyngeus muscle. *Laryngoscope* 1958, 68:1119-1159.
6. *Conley J.J.*: Swallowing dysfunctions associated with radical surgery of the head and neck. *Arch. Surg.* 1960, 80: 602-612.
7. *Corvera Bernardelli J.*: Manifestaciones neurológicas de enfermedades del tallo cerebral. En: *Neurología clínica*, Salvat E.d. México, 1978, pp,408-420.

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

Tratamiento quirúrgico del carcinoma basocelular en nariz

Dr. Adiel Asch R. *

Resumen.- Se reporta un caso característico de Carcinoma Basocelular en ala nasal, para ejemplificar la neoplasia cutánea más frecuente que se localiza en el área de cabeza y cuello. En esta revisión del tema, se recalca la importancia de que el diagnóstico sea temprano y se efectúe adecuadamente el tratamiento. También se describe el colgajo nasolabial como alternativa para la reconstrucción de los defectos provocados por la excisión quirúrgica de la neoplasia en el área mencionada.

Summary.- A case of a patient with Basal Cell Carcinoma of the nose is reported as an example of the most frequent skin neoplasm. The diagnosis and modalities for treatment are discussed, emphasizing the importance of early recognition and adequate treatment by the otorhinolaryngologist. The nasolabial flap is described as alternative for reconstruction in this case.

Palabras clave: Carcinoma basocelular, colgajo nasolabial

Introducción

El 10% de la superficie corporal corresponde al área de cabeza y cuello, sin embargo del 85 al 90% de las neoplasias cutáneas se presentan en esta área, por estar expuesta a la radiación

ultravioleta de la luz solar.¹ El tumor más frecuente en la piel de la cara es el carcinoma basocelular. Se localiza en nariz y sitios vecinos tales como; surcos nasogenianos, región malar, cantos y región temporal.

Esta entidad nasológica es tan frecuente que por su localización el otorrinolaringólogo debe estar preparado para hacer el diagnóstico tempranamente y tratarla con los lineamientos adecuados para cualquier neoplasia. El presente trabajo tiene el propósito de recordar por medio de la revisión de un caso los principios básicos del diagnóstico y tratamiento quirúrgico del carcinoma basocelular en cara.

Reporte del Caso

Paciente del sexo femenino de 49 años de edad con antecedentes de trabajar al aire libre que acude por presentar lesión cutánea en ala nasal derecha, de varios meses de evolución y crecimiento lento, puriginosa que sangra ocasionalmente. A la exploración física se observa una lesión redonda de 2mm de diámetro de bordes irregulares ligeramente pigmentada con huellas de sangrado antiguo, (Figura 1).

Bajo anestesia local se efectúa biopsia excisional de la lesión con estudio transoperatorio. Se reporta carcinoma basocelular con bordes y lecho quirúrgico libres de neoplasia. Con dicho resultado en el mismo acto quirúrgico se procede a rotar colgajo nasolabial para cubrir el defecto

*Otorrinolaringólogo Hospital A.B.C.



Figura 1
Foto Clínica de la Paciente con
Carcinoma Basocelular del ala
nasal.



Figura 2
Rotación de colgajo nasolabial
para cubrir defecto del ala en la
misma paciente.

(Figura 2). Evolucionó satisfactoriamente con buen resultado cosmético y sin datos de actividad neoplásica un año después de efectuado el procedimiento.

Discusión

El carcinoma o epiteloma basocelular es una neoplasia epitelial derivada del estrato basal o de las estructuras que se derivan de éste. Es el tumor

cutáneo más frecuente. En México predomina en la mujer a razón de 3 a 1,¹ pero hay reportes que mencionan que únicamente el 1.2% se presenta en mujeres² y otros en los que el radio es de 1 a 1,³. Las primeras lesiones se presentan a partir de la sexta década de la vida, existiendo relación estrecha con el antecedente de exposición prolongada a la radiación ultravioleta y actividades al aire libre.

La localización anatómica de las lesiones corresponde al área de cabeza y cuello en el 98.6% de los casos³ siendo el sitio más frecuente la nariz (Figura 3).

Son tumores de crecimiento lento y rara vez metastatizan. La gran mayoría de las lesiones se extienden en forma lineal y esférica durante los dos primeros años pero posteriormente crecen por los espacios perineurales, perivasculares y glandulares, se vuelven poco predecibles y llegan a ser de gran tamaño, invaden tejidos subyacentes como cartílago, mucosas, y periostio enviando digitaciones a zonas más lejanas. Las variedades morerías y esclerosante presentan nidos de células diseminadas en los tejidos profundos sin cambios en la superficie. Las lesiones múltiples son frecuentes y se presentan en el 34% de los pacientes.

Las modalidades terapéuticas son muy variadas, todas, con la excepción de la

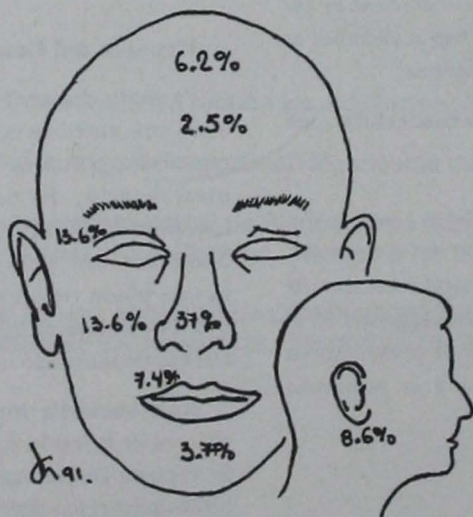


Figura 3
Diagrama que muestra la incidencia de localización del carcinoma basocelular en la cara modificado de Barton.³



Figura 4
Carcinoma epidermoide en ala
nasal radiado en otra paciente re-
sultado 1 año postradioterapia.

quimioterapia y la radioterapia superficial con bomba de cobalto o acelerador lineal (Figura 4), son ablativas. Las indicaciones de cada alternativa varían dependiendo de la localización, tamaño y características de la lesión, tales como invasividad y recurrencia. Por ejemplo; una lesión nueva de menos de 0.5 cm de diámetro puede ser tratada con curetaje y electrocoagulación de manera efectiva.²

El pronóstico del carcinoma basocelular está dado en función de las características de la lesión y que el tratamiento sea el adecuado. Cuando la excisión es incompleta la recurrencia llega a ser de un 33%, cuando es subóptima la recurrencia es del 11% y cuando es adecuada es sólo del 1%.⁴

La excisión incompleta de las lesiones se debe a que su localización en zonas críticas tales como párpados, cantos, nariz y labios, limita al cirujano porque después el defecto quirúrgico es muy difícil de reparar, lo que implica déficit cosmético o funcional para el paciente como secuela del tratamiento.

Por lo anterior se han descrito diversas técnicas para evaluar las piezas quirúrgicas. Estas técnicas proporcionan la información necesaria para saber si los bordes y lecho quirúrgicos se encuentran libres de tumor, facilitando la comunicación entre el patólogo y el cirujano. Una de estas técnicas es la excisión histográfica

de tejido en fresco descrita por Mohs y sus variantes como el examen periférico en continuidad,⁵ que permite orientar de manera tridimensional la pieza quirúrgica e indentificar el área del lecho que le corresponde a cada sección, y comprobar que se ha logrado la excisión completa del tumor. Este es el requisito indispensable para proceder a la reconstrucción del defecto ocasionado, sin que persista el tumor.

La nariz es el órgano más afectado por el carcinoma basocelular debido al sitio prominente que ocupa dentro de las estructuras faciales. A su vez del 19%¹ al 43%² de las lesiones en esta área recurren, por tal motivo la excisión completa es de vital importancia para lograr la curación. Los defectos ocasionados por la cirugía son notorios e involucran con mucha frecuencia no sólo la piel sino tejidos subyacentes tales como cartílagos y mucosa, pero esto no debe limitar la excisión.

Una vez que conocemos el tamaño y la localización del defecto quirúrgico podemos planear la reconstrucción pensando que siempre debemos utilizar el procedimiento más simple posible que proporcione los mejores resultados cosméticos sin agregar morbilidad al defecto inicial.

La cicatrización por granulación está indicada en cualquier tipo de tumoración pequeña y superficial que se encuentre sobre estructuras firmes. Evita procedimientos adicionales y más cicatrices pero tarda en sanar y el resultado cosmético es pobre comparado con otros procedimientos.

El cierre primario de excelentes resultados, como en todos los casos está indicado cuando la excisión de la lesión es completa y su localización permite que se puedan liberar los bordes para que la línea de sutura no tenga tensión. Es un procedimiento rápido sencillo y que no deja cicatrices adicionales.

La utilización de injertos libres al igual que la cicatrización por granulación es una buena opción pero también se recomienda que por debajo del injerto el tejido de sostén sea firme para que no exista retracción.

Hay una gran variedad de colgajos utilizables para la reconstrucción de defectos en nariz. Podemos escoger el más adecuado según la localización y el tamaño del defecto. Por ejemplo para punta y columela colgajos frontales.⁶ Los defectos del ala se cubren mejor con calgajos

nasolabiales,⁷ como en el caso expuesto (Figura 2). Este colgajo ha probado su eficacia en la reconstrucción de defectos locales, es muy antiguo.⁸ Su versatilidad estriba en que el área donadora no tiene pelo y está altamente vascularizada.⁸ La irrigación procede de un plexo anastomótico de vasos subcutáneos de pequeño calibre ramas de la arteria infraorbitaria⁹ por un lado y la arteria facial por el otro, que comunican entre sí a los sistemas de la carótida interna y externa respectivamente.⁸ Hay que mencionar que si se levanta un colgajo de base superior o inferior no se contará con un pedículo vascular propiamente dicho, pero con las dos técnicas los arcos de rotación llegan a ser muy amplios sin poner en peligro su viabilidad. Estas características permiten a su vez realizar colgajos en isla que alargan el arco de rotación aún más, llegando a cubrir defectos contralaterales.⁹

Este colgajo es muy simple en su diseño y tiene la ventaja que además de cubrir el defecto proporciona volumen al doblarse en sí mismo obteniendo la curvatura del ala de la nariz, con buenos resultados en la mayoría de los casos. La zona donadora se encuentra adyacente y se puede cerrar fácilmente (Figura 2).

Esta técnica está indicada en la reconstrucción de defectos ocasionados por carcinomas poco diferenciados con invasión profunda donde otros métodos no serían prácticos.

La única contraindicación absoluta para su utilización es la presencia de tumor residual. Hay algunas desventajas sin llegar a ser contraindicaciones como son; la poca tolerancia de los pacientes para procedimientos prolongados bajo anestesia local, el sangrado en pacientes anticoagulados, la dificultad para lograr cierre primario de la zona donadora en pacientes con neoplasias múltiples.

La complicación más frecuente es ocasionada por el cirujano al querer minimizar los bordes quirúrgicos y facilitar el cierre primario dejando tumor residual. Desde el punto de vista cosmético el efecto de trampa en la piel es muy frecuente y está dado por el grosor del pedículo del colgajo y la retracción durante el proceso cicatrizal.¹¹

Conclusiones

El Otorrinolaringólogo es en muchas ocasiones el especialista encargado de la

detección temprana de las neoplasias cutáneas en cabeza y cuello, de ahí la importancia de que esté capacitado para diagnosticarlas y realizar el tratamiento más adecuado.

Cuando se sospecha que una lesión cutánea pueda tratarse de un carcinoma basocelular, por sus características clínicas (tiempo de evolución y morfología básicamente), se debe realizar biopsia excisional con estudio trans-operatorio, una vez que el patólogo reporta que los bordes y el lecho quirúrgicos se encuentran libres de tumor se puede proceder a la reconstrucción.

Las alternativas para la reconstrucción son muy variadas y hay que elegir la más sencilla, que permita corregir el defecto sin ocasionar alteraciones funcionales adicionales.

El colgajo nasolabial es un procedimiento sencillo que permite reconstruir defectos de la cobertura cutánea de la pirámide nasal, cuando se localizan en la punta, alas y dorso. Tienen buenos resultados cosméticos y pocas complicaciones.

Referencias Bibliográficas

1. Saúl Amado: Lecciones de Dermatología. 9a. Edición. México: Méndez Cervantes, 1979.
2. Shanoff L.B.; Spira M.; Hardy B.: Basal Cell Carcinoma: A Statistical Approach to Rational Management. *Plast Reconstr Surg* 1967;39-6:619-624.
3. Barton F.E.; Cottle W.I.; Walker B.: The Principle of Chamosurgery and Delayed Primary Reconstruction in the Management of Difficult Basal Cell carcinomas. *Plast Reconstr Surg* 1981;68-5:746-752.
4. Pascal R.R.; Hobby L.W.; Lattes R.; Crikelair G.F.: Prognosis of "Incompletely Excised" Versus "Completely Excised" Basal Cell Carcinoma. *Plast Reconstr Surg* 1968;41-4:328-332.
5. Hagerty R.C.; Worsham F.; Rutland E.D.; Hagerty R.F.: Peripheral In-Continuity Tissue Examination. *Plast Reconstr Surg* 1989;83-3:539-545.
6. Baker S.R.; Swanson N.A.: Oblique Forehead Flap for Total Reconstruction of the Nasal Tip and Columella. *Arch Otolaryngol* 1985;111:425-429.
7. Climo M.S.: Nasolabial Flap For Alar Defect. *Plast Reconstr Surg* 1969;44/3:303-304.
8. Hynes B.; Boyd B.: The Nasolabial Flap. Axial or Random? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114:1389-1391.
9. Giebfried J.W.; Urken M.L.; Lawson W.; Biller H.F.: Reconstruction of Nasal Defects With a Nasolabial Island Flap. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987;113:295-298.
10. Koranda F.C.; Webster R.C.: Trapdoor Effect in Nasolabial Flaps. *Arch Otolaryngol* 1985;111:421-424.
11. Walkinshaw M.D.; Coffee H.H.: The Nasolabial Flap: A Problem and Its Correction. *Plastic Reconstr Surg* 1982;69/1:30-34.

Hipofisectomía. Comparación de tres técnicas y presentación de 107 casos

Dr. Enrique Azuara Pliego*

Dr. Guillermo Avendaño Moreno.**

Dra. María de la Paz Rodríguez Fernández.***

Resumen.- Se realizó un estudio retrospectivo en 107 pacientes que fueron hipofisectomizados por diferentes técnicas: transeptal (maxila-premaxila y sublabial), transciliar y combinada en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE en el período comprendido en enero de 1987 a julio de 1991, con la finalidad de conocer las complicaciones trans y postoperatorias de cada una de ellas y en base a lo anterior establecer el método más adecuado.

Se encontró que el abordaje por vía maxila-premaxila puede ser una buena alternativa para resecar tumores grado I-III, puesto que ofrece un fácil acceso y menos complicaciones en relación con los otros procedimientos. Así pues, la vía transeptal se puede utilizar no solamente para el tratamiento quirúrgico de microadenomas sino también, para tumores mayores de 10 mm.

Se quiere hacer énfasis en el hecho de que el manejo multidisciplinario por partes del otorrinolaringólogo y el neurocirujano es indispensable para disminuir las complicaciones que se presentan en la hipofisectomía.

Summary.- A retrospective study was performed on 107 patients, there were hypophysectomized by different surgical techniques: transeptal (maxila-premaxila sublabial), transciliar and combined at the Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" from the ISSSTE since January 1987 to July 1991, to know the trans and post-surgical complications to institute the most suitable method.

We found that maxila-premaxila approach could be a good option to resect tumors degree I-III, because is an easy way of attack with less complications. Therefore, transeptal procedure should be used in the treatment of microadenomas and adenomas greater than 10 mm.

It is important to emphasize the fact that the relationship between the otolaryngologist and the neurosurgeon is necessary to decrease the complications that appear in the hypophysectomy.

*Medio adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE.

** Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE.

*** Médico residente del 1o. año de Otorrinolaringología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE.

Palabras clave: Hipofisectomía, vía maxila-premaxila, sublabial, transeptal, transciliar, microadenomas.

Objetivos

La intención del trabajo es la de valorar las complicaciones de una hipofisectomía con la finalidad de proponer el mejor método para reseccionar los microadenomas hipofisarios y establecer las diferencias en cuanto a facilidad de acceso y morbi-mortalidad de cada tipo de abordaje.

Introducción

En un período de 4 años hemos asistido a nuestros colegas neurocirujanos en el abordaje de la región selar, para la resección de ciertas lesiones hipofisarias, a través del septum y el seno esfenoidal. Toda la cavidad nasal es utilizada y el septum debe desmantelarse y posteriormente se reconstruye. Los cornetes en muchas ocasiones son un obstáculo para lograr una apertura ideal de las cámaras intraseptales, por lo cual es importante valorar su fractura, previo al inicio de la propia cirugía. La conservación de la espina nasal anterior y las fibras preespinales, así como la mayor parte del cartílago cuadrangular y la mucosa a todo lo largo del septum es importante para salvaguardar la función y la estética de la nariz.¹

En el momento de tomar la decisión de abordar la patología hipofisaria a través del septum, ya sea por vía maxila-premaxila o por vía sublabial, nosotros recomendamos que se cuente con los siguientes elementos: un conocimiento basto de la anatomía y fisiología, tanto de la nariz, como de la hipófisis, con lo cual se pueden evitar la mayoría de las complicaciones. Un equipo multidisciplinario que incluya al otorrinolaringólogo, al neurocirujano, dos ayudantes, un neuroanestesiólogo, una instrumentista especializada y dos circulantes, material microquirúrgico con set de cirugía hipofisaria maleable, ideado por el Dr. Loyo, equipo para rinoplastia, un microscopio quirúrgico con lente F-300 y vistas radiológicas laterales obtenidas por medio de examen videofluoroscópico intraoperatorio simultáneo.

El Papel del Otorrinolaringólogo

Al momento de escribir este documento, pretendemos entusiasmar al otorrinolaringólogo en la práctica de la cirugía hipofisaria, ya que el potencial del otorrinolaringólogo en con-

ocimientos y habilidades para salvar complicaciones es superior al de otros especialistas.

Los pacientes que sufren patología hipofisaria difícilmente verán al otorrinolaringólogo en primera instancia. Debe integrarse una clínica de hipófisis a la cual sean canalizados intencionadamente, los pacientes para ser estudiados en conjunto con el endocrinólogo, neurocirujano, neurólogo, otorrinolaringólogo y neuroanestesiólogo.

El otorrinolaringólogo deberá practicar una evaluación del paciente, con la finalidad de conocer las condiciones rinológicas que imperan en cada caso, ya que algunas de ellas pueden afectar directamente la decisión de practicar el abordaje por vía nasal. Ejemplo de ello serían los pacientes sometidos a cirugías nasales previas con fines funcionales y/o estéticos, en quienes debe practicarse una evaluación tomográfica; o pacientes acostumbrados a inhalar cocaína o vasoconstrictores locales, ya que presentarán el riesgo de desgarros mucosos irreparables. Por lo anterior, enlistamos a continuación algunos de los puntos en que debemos hacer incapié durante la evaluación pre-operatoria (Cuadro 1).

Es importante la participación del otorrinolaringólogo en estos abordajes, ya que es quien tiene en realidad los elementos técnicos y conocimientos necesarios para ello; mientras que el neurocirujano aborda una nariz con fines de eliminar la patología hipofisaria en forma

CUADRO UNO

Puntos que deben tomarse en cuenta durante la evaluación pre-operatoria.

ANTECEDENTES PRE-OPERATORIOS

1. CIRUGIAS PREVIAS
2. CUADROS RINOSINUSALES
- *3. FORMA DE LA RESPIRACION
- **4. ASPECTO DE LA NARIZ
- ***5. TRAUMATISMO
6. TOXICOMANIAS (INHALACION DE COCAINA)
7. USO DE VASOCONSTRICTORES
LOCALES
8. CONFORMACION DE LAS NARINAS Y LAS CAVIDADES NASALES

* Se debe practicar estudios funcionales.

** Se debe practicar estudios fotográficos.

ocasional, el otorrinolaringólogo interviene quirúrgicamente una nariz varias veces a la semana, y la diferencia entre una reconstrucción septal de rutina y un abordaje transeptal-transesfenoidal a la silla turca es mínima. Sólo se deben ampliar los conocimientos en la región postero-superior nasal y la silla turca, para tener la capacidad de evitar al máximo las complicaciones. Por otro lado, el otorrinolaringólogo es quien debe dismantelar, reconstruir y cuidar la nariz, tanto en su aspecto funcional como estético, y el neurocirujano debe delinear y remover la patología hipofisaria y, para el momento de decidir que hacer ante una posible extensión tumoral supraselar o una silla turca vacía insospechada con prolapso del quiasma óptico, debe estar suficientemente descansado y tranquilo, situación que no le daría el hecho de realizar primero el abordaje cuidando todos los aspectos antes mencionados, posteriormente tratar la patología hipofisaria y por último, reconstruir adecuadamente la nariz.

Nos interesa también puntualizar que las posibles complicaciones nasales descritas en la literatura (Cuadro 2) pueden provocar en los pacientes síntomas o signos tan importantes como los generados por la propia patología hipofisaria (Cuadro 3).^{2, 3, 4}

Antecedentes Históricos

La primera cirugía hipofisaria que se llevó a cabo fue hecha por un abordaje transcranial a través de la fosa media. En 1906 Shloffer describió por primera vez una remoción pituitaria extracranial por vía nasal utilizando una incisión medial en el dorso nasal y resecando septum, cornetes y partes del maxilar con un alto índice de morbi-mortalidad. Moszkowicz en 1907 describe un colgajo frontonasal para cerrar la silla y prevenir la rinorrea de líquido cefalorraquídeo (LCR) y la meningitis. Hirsch en 1909 reúne dos técnicas; la descrita por Killian para la resección submucosa del septum y la descrita por Hajek para realizar sinusectomías esfenoidales a través de un abordaje transeptal. Kanavel en 1909 propuso una ruta subnasal a través de una incisión en "U" para abordar el septum y posteriormente el esfenoides. Chiari en 1912 propone la preservación septal en la cirugía esfenoidal y el abordaje transetmoidal-transesfenoidal, posteriormente popularizado por Bateman en 1962. Cushing, en 1914 combina la

incisión sublabial propuesta por Halstead en 1910 y la resección submucosa propuesta por Hirsch en 1909 creando una expectativa alentadora en cuanto a acceso, respecto a la función y a la estética; así, en 1922 reporta sus primeras 203 hipofisectomías con 7.38% de mortalidad y una sola defunción en sus últimos 50 casos. Por supuesto, esta casuística fue posible antes de la existencia de otros factores favorables para la neurocirugía, como son el microscopio, los esteroides y los antibióticos, lo cual es sorprendente. Después de muchos embates, la técnica fue depurándose hasta la aparición de la filosofía rinológica propuesta por Cottle en 1958, quien describe la vía maxila-premaxila para la cirugía extensa del septum nasal y en 1971 Jules Hardy revive el entusiasmo por las técnicas transeptales. En las dos últimas décadas Kern de la Clínica Mayo es quien probablemente ha publicado más descripciones del abordaje transeptal-transesfenoidal a la silla turca con el método de la vía maxila-premaxila, publicando de 1972 a 1978 más de 505 operaciones.¹

Elección de la Técnica

La presente publicación tiene el propósito de llevar a cabo un análisis de las diferentes técnicas que pueden ser utilizadas al momento de decidir la extirpación de un tumor hipofisario. Dicha decisión debe estar fundada en las características del tumor en cuanto a tamaño, expansión y grado de destrucción de estructuras vecinas; esta valoración inicialmente debe sustentarse en el análisis clínico de cada paciente y el análisis imagenológico.

Desde el punto de vista del diagnóstico por imágenes, los adenomas hipofisarios se dividen en dos grupos:

Grupo 1. Tumores que permanecen confinados dentro de la silla turca, con el piso de la misma intacta. En este grupo pueden existir dos grados. **Grado I:** silla turca de tamaño normal con pequeña depresión en un solo lado del piso de la misma y con tumor menor de 1 cm de diámetro; a lo cual se le denomina "microadenoma" y, **Grado II:** en el que la silla está aumentada de tamaño pero permanece intacta por la presencia de un microadenoma.

Grupo 2. Tumores invasivos que erosionan el piso de la silla con herniación de la patología hipofisaria hacia el seno esfenoidal.

CUADRO DOS		
Síntomas y signos que presentan los pacientes con complicaciones nasales		
COMPLICACIONES RINOLOGICAS	SIGNOS	SINTOMAS
1.- CAIDA DE LA PUNTA	Nariz de base ancha	** Síndrome de obstrucción nasal
2.- RINITIS ATROFICA	Luz nasal ensanchada	**Síndrome de obstrucción nasal Resequedad nasal Fetidez nasal Hiposmia Cefaleas Formación de costras
3.- PERFORACION SEPTAL	*Nariz en silla de montar	**Síndrome de obstrucción nasal Resequedad nasal Silbido al respirar Formación de costras Hiposmia Epistaxis
4.- LESION DEL AREA ESFENOPALATINA		Epistaxis incoheribles
5.- SEPTUM FLACCIDO	Septum en bandera	**Síndrome de obstrucción nasal Resequedad nasal Hiposmia

*La nariz en silla de montar se presenta frecuentemente como consecuencia de las perforaciones septales, ya que en la mayoría de los casos la misma sucede en el área del cartilago cuadrangular y provoca la retracción del dorso cartilaginoso.

**Los pacientes con síndrome de obstrucción nasal sufren de alteraciones locales y sistémicas severas que puedan generar incomodidades ocasionalmente superiores a las propias de la patología hipofisaria

CUADRO TRES				
Síntomas y signos que presentan los pacientes con patología hipofisaria				
SINDROME	SIGNO	SINTOMA	HORMONA ALTERADA	LABORATORIO E IMAGENES
1.- ACROMEGALIA (adenoma eosinófilo hipofisario)	Crecimiento excesivo de manos, pies, mandíbula y órganos internos Hemianopsia bitemporal	↓ libido y amenorrea cefalea y artralgias ↑ peso y rinorrea	↑ GH	Suero: ↑ fósforo inorgánico y fosfatasa alcalina Orina: ↓ calcio y glucosa TAC e IRMN: Tumor hipofisario
2.- GALACTORREA-AMENORREA (Síndrome de Forber-Allbright)	Mujer: Ciclos anovulatorios e hirsutismo Hombre: Hipogonadismo	Amenorrea y galactorrea ↓ libido e impotencia	↑ PRL ↓ PRG ↓ LH	TAC e IRMN: Tumor hipofisario
3.- SINDROME DE NELSON SALASSA	Intensa pigmentación Equimosis y estrías	Amenorrea y obesidad	↑ ACTH ↑ MBH	TAC e IRMN: Tumor hipofisario
4.- ENFERMEDAD DE CUSHING (tumor basófilo hipofisario)	↑ Tensión arterial acné e hirsutismo	Amenorrea y obesidad debilidad y poliuria	↑ ACTH	Suero: ↑ cortisol y glucosa, ↓ potasio y cloro, eosinofilia Orina: ↑ 17 hidroxicorticoesterolide Rx: Alteraciones osteoporóticas TAC e IRMN: tumor hipofisario
5.- ADENOMAS PITUITARIOS	Hemianopsia bitemporal hidrocefalia	cefalea, náusea y vómito	↑ ACTH, LH ↑ FSH, PRL	TAC e IRMN: tumor hipofisario
6.- SINDROME DE SILLA VACIA	Hidrocefalia, Rinorrea de LCR	cefalea		TAC e IRMN: Normal o Hipodenso
7.- CRENEOFARINGIOMA	Hidrocefalia, Hemianopsia bitemporal	cefalea, poliuria y polidipsia	↓ ACTH, LH ↓ FSH, TSH	TAC e IRMN: Calcificaciones tumor hipofisario
8.- MUCOCELE	Exoftalmos	cefalea frontal		Rx: Opacidad seno esfenoidal
9.- FISTULA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	Rinorrea de LCR Hidrocefalia			Rx: Solución de continuidad TAC e IRMN: Trayecto fistuloso
GH	Hormona del crecimiento	MBH	Hormona estimulante de los melanocitos	
ACTH	Hormona adrenocorticotrópica	TSH	Hormona estimulante de tiroides	
PRL	Prolactina	LH	Hormona luteinizante	
PRG	Progesterona	FSH	Hormona folículo estimulante	
IRMN	Imagen resonancia magnética nuclear	TAC	Tomografía axial computarizada	
Rx	Radiología	LCR	Líquido cefalorraquídeo	

CUADRO CUATRO

Tipos de abordajes llevados a cabo en relación a la clasificación de microadenomas

CLASIFICACION MICROADENOMAS	Transeptal				TRANSCILIAR		COMBINADO		TOTAL	
	MAXILA-PREMAXILA		SUBLABIAL		No.	%	No.	%	No.	%
	No.	%	No.	%						
Grado I	20	18.6	5	4.6	8	7.4	--	--	33	30.8
Grado II	16	14.9	--	--	6	5.6	--	--	22	20.5
Grado IIIA	5	4.6	16	14.9	5	4.6	--	--	26	24.2
Grado IIIB	--	--	7	6.5	5	4.6	--	--	12	11.2
Grado IIIC	--	--	--	--	2	1.8	--	--	2	1.8
Grado IVB	--	--	2	1.8	3	2.8	3	2.8	8	7.4
Residuales	2	1.8	2	1.8	--	--	--	--	4	3.7
TOTAL	43	40.1	32	29.9	29	27.1	3	2.8	107	100.0

Este grupo puede tener dos grados, a saber. **Grado III:** cuando la erosión se localiza en una sola área del piso de la silla y **Grado IV:** cuando todo el piso está erosionado o destruido. En los **grados III y IV** el tumor puede asociarse con expansiones supraselares y dichas expansiones se clasifican en cuatro tipos.

Tipo A: Expansión hacia el quiasma. Tipo B: Expansión hacia el piso del tercer ventrículo. Tipo C: Expansión hacia el agujero de Monroe. Tipo D: Expansión con obstrucción del agujero de Monroe, que produce hidrocefalia obstructiva. De tal manera, que si un tumor es clasificado como grado IV tipo A, sería un tumor que ya destruyó el piso de la silla turca y cuyas expansiones se limitan al quiasma óptico.

En el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE nos hemos apegado a esta clasificación y hemos tomado la decisión de intervenir quirúrgicamente por vía transnasal (ya sea por vía maxila-premaxila, o por vía sublabial) a todo aquel tumor que pueda clasificarse como **grado I a grado III** y fue escogida la vía transcranial o combinado, por otro grupo quirúrgico sin tomar en cuenta dicha clasificación, resolviendo casos tanto del grupo 1 como del grupo 2.⁵

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, de los pacientes intervenidos de hipofisectomía en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"

del ISSSTE en el período comprendido de enero de 1987 a julio de 1991.

En la revisión se analizó una casuística de 107 pacientes a quienes se les realizó hipofisectomía a través de los abordajes sublabial, vía maxila-premaxila, transciliar y combinada.

En el análisis de los 107 casos fueron tomados en cuenta: la edad, el sexo, diagnóstico prequirúrgico, perfil hormonal pre-operatorio, diagnóstico por imagen tomográfica con clasificación del tumor, vía de abordaje utilizada y complicaciones trans y post-operatorias.

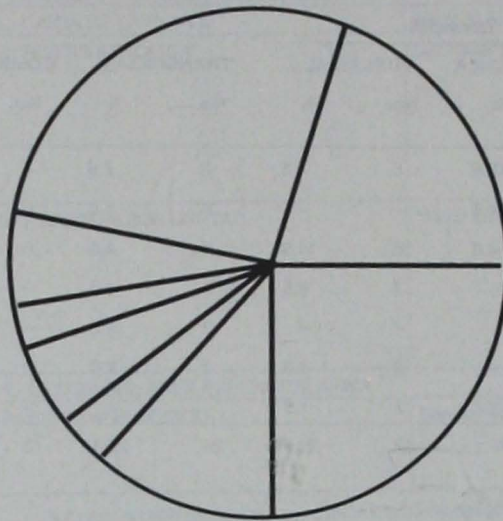
Resultados

De los 107 pacientes estudiados, 81 fueron mujeres y 26 hombres, con una edad promedio de 35 años para las mujeres y de 39 años para los hombres.

En cuanto a los diagnósticos pre-quirúrgicos encontramos: 33 tumores grado I (30.8%); 22 tumores grados II (20.5%); 26 tumores grado IIIA (24.2%); 12 tumores grado IIIB (11.2%); 2 tumores grado IIIC (1.8%); 8 tumores grado IVB (7.4%) y 4 tumores residuales (3.7%). Gráfica 1.

El análisis del diagnóstico por imagen tomográfica con la clasificación del tumor y la vía de abordaje utilizada se encuentra resumido en el cuadro 4, y se hizo evidente que la vía maxila-premaxila fue utilizada en 20 tumores grado I; 16 tumores grado II; 5 tumores grado III y 2 tumores residuales. La vía sublabial fue preferida en 5

GRAFICA UNO

Distribución según el diagnóstico pre-quirúrgico
y la clasificación de microadenomas

CLASIFICACION MICROADENOMAS	No.	%
1.- Grado I	33	30.8
2.- Grado III	22	20.5
3.- Grado III A	26	24.2
4.- Grado III B	12	11.2
5.- Grado III C	2	1.8
6.- Grado IV B	8	7.4
7.- Residuales	4	3.7
TOTAL	107	100.0

tumores grado I, 16 tumores grado IIIA, 7 tumores grado IIIB, 2 tumores grado IVB y 2 tumores residuales. El abordaje transciliar se eligió para 8 tumores grado I, 6 grado II, 5 grado IIIA, 5 grado IIIB, 2 grado IIIC y 3 grado IVB; el abordaje combinado fue utilizado en 3 tumores clasificados como grado IVB.

Las complicaciones encontradas en nuestro análisis fueron las siguientes: de los 43 pacientes intervenidos a través de la vía maxila-premaxila, 4 sufrieron diabetes insípida transitoria que se controló médicamente, 1 presentó fístula de líquido cefalorraquídeo que cerró

espontáneamente en las primeras 72 horas del post-operato-rio, uno tuvo epistaxis posterior que requirió reintervención y taponamiento posterior con lo que el problema cedió, otro paciente presentó perforación septal pequeña en área III que fue resuelta provisionalmente con una prótesis de silastic y 2 casos presentaron tumor residual; por lo tanto, deducimos que de 43 (100%) pacientes intervenidos con esta técnica 9 (21%) presentaron complicaciones. De 32 pacientes que fueron resueltos a través del abordaje sublabial, 5 presentaron diabetes insípida transitoria, un caso presentó tumor residual, 2 casos presentaron fístula de líquido cefalorraquídeo que cedieron espontáneamente en las primeras 72 horas del post-operatorio, 2 pacientes tuvieron perforación septal uno de los cuales fue irreparable y el otro se corrigió a los 6 meses con injerto de corteza mastoidea y periostio; 4 pacientes manifestaron síndrome de obstructiva nasal post-operatoria por presentar desviación septal obstructiva y caída de la punta nasal. Tomando en cuenta este análisis encontramos que de 32 (100%) pacientes abordados por la vía sublabial 16 (50%) presentaron complicaciones post-operatorias.

Por último, encontramos que de los 29 pacientes intervenidos con la técnica transciliar, 15 presentaron diabetes insípida, de los cuales 4 murieron por la misma causa y en 11 fue transitoria; otros 3 pacientes presentaron datos de hematoma supraselar, de lo cual se deduce que de 29 pacientes (100%), 18 (62%) sufrieron complicaciones con la técnica transciliar. Los 3 pacientes en los que se requirió el abordaje combinado no presentaron complicación.

Conclusiones

El presente trabajo demuestra las bondades y posibles complicaciones que pueden obtenerse con las tres técnicas descritas para la resección de la patología hipofisaria. Y se puede observar también que la técnica por la vía maxila-premaxila puede ser elegida como una buena alternativa para reseccionar tumores grados I a III siempre y cuando la evaluación pre-operatoria sea adecuada y el trabajo quirúrgico sea elaborado por un equipo multidisciplinario compuesto por el otorrinolaringólogo y el neurocirujano. Así mismo notamos que las complicaciones más frecuentes en el abordaje sublabial son de carácter rinológico y creemos que se deben al

manejo insuficiente del área nasal por parte del neurocirujano, ya que en la mayoría de estos casos no se actuó multidisciplinariamente. Por último deducimos que la técnica que generó mayor número de complicaciones en nuestra casuística fue la transciliar, llegando a presentar un porcentaje importante de defunciones.

Finalmente, queremos resaltar que el trabajo multidisciplinario en este tipo de problemas es indispensable para abatir al máximo las complicaciones, y que las técnicas de abordaje transeptal pueden ser aplicadas también en tumores que no caigan dentro de la clasificación de microadenomas, pudiéndose también resecaer tumores mayores de 10 mm, siempre y cuando la evaluación pre-operatoria y el acto quirúrgico se

lleve a cabo multidisciplinariamente con participación del otorrinolaringólogo y el neurocirujano, con lo cual creemos que los resultados se optimizan.

Referencias Bibliográficas

1. Kern E.B., et al.: The Transseptal Approach to Lesions of the Pituitary and Parasellar Regions. *The Laryngoscope*. 1979 89: 1-34
2. Williams R.H.: Tratado de Endocrinología. Salvat Editores.- 1987: 81-97.
3. Rowland L.P.: Merrit Tratado de Neurología. Salvat Editores.- 1987: 231-279.
4. Krupp M.A., et al.: Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. 1990.: 727-735.
5. Ischebeck W.; Lange G.: Transseptal surgery of the sellar region from the neurosurgical viewpoint. *Neurosurgery*, 32 march 1984: 99-100,

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	\$ 225,000.00 M.N. + IVA
América, España y Portugal	\$ 100.00 Dls. USA + IVA
Otros países	\$ 100.00 Dls. USA + IVA

Alteraciones otológicas en el síndrome de Apert

Dr. Frank Rosengaus L.*

Dr. Daniel Bross S.**

Resumen.- El síndrome de Apert es un tipo de craneosinostosis, con una incidencia extraordinariamente baja de 1 por 2 millones de habitantes. Este es un trabajo descriptivo, observacional y transversal de 10 pacientes con Síndrome de Apert, a los que se les realizó revisión clínica, audiometría tonal, timpanometría, reflejo estapedial, potenciales evocados auditivos/(PEA) para umbral y PEA de conducción fisiológica de tallo cerebral para conocer el tipo de otopatología que presentan y su localización. Nuestros resultados muestran que casi todos los pacientes presentan hipoacusias de tipo conductivo probablemente secundarias a anomalías anatómicas de la trompa de Eustaquio. Sólo un paciente presentó alteración de los PEA de tallo cerebral por lo que se le realizó una TC la cual mostró una aplasia de Mondini bilateral. Recomendamos la utilización de esta batería de estudios audiológicos como parte de una atención integral y oportuna en todo paciente con Síndrome de Apert.

Summary.- Acrocephalosyndactyly (Apert syndrome) is a rare type of craniosynostosis with an incidence of 1 : 2 million people. This article describes the site and type of otopathology found in 10 patients with Apert syndrome. A complete ENG history an exploration, pure tone audiometry, tympanometry, stapedia reflex, an auditory brain response (ABR) was done in all of them. The results show that almost all the patients present a conductive hearing loss, probably the result of anatomic abnormalities of the Eustachian tube. Only one patient had an abnormal ABR in whom an ear CT scan demonstrated bilateral Mondini aplasia. We recommend that this audiological test battery be included as part of a complete evaluation in all patients with Apert syndrome for an early diagnosis and treatment.

Palabras clave: Síndrome de Apert, acrocefalosindactilia

Introducción

El Síndrome de Apert, también llamado acrocefalosindactilia es un tipo de craneosinostosis extraordinariamente raro. Su frecuencia es de un caso por cada 160,000 nacidos vivos, pero dada su alta mortalidad en el período post-natal, la frecuencia en la población general es de 1 a 2 millones.¹ La gran mayoría de los casos son mutaciones nuevas.² Es por ello que la literatura ofrece únicamente descripciones aisladas de diferentes hallazgos anatomoclínicos o universos

*Residente de III año. Departamento de ORL
Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez", S.S.

**Residente de I año. Departamento de ORL
Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez", S.S.

demasiado pequeños para permitir obtener conclusiones generales.^{3,9}

La primera descripción de acrocefalia asociada a sindactilia fue hecha por Apert en 1906.¹⁰ Se caracteriza principalmente por presentar sinostosis prematura de las suturas coronales, situación baja del piso anterior del cráneo, exorbitismo con trastornos de movilidad ocular, atresia maxilar y extremidades cortas con sindactilia de los dedos segundo, tercero y cuarto; sin embargo, se puede encontrar asociado a otras alteraciones. (ver Tabla I y II).

Estudios previos de Clerck y Doumier¹¹ describen casos de anquilosis estapedial congénita. Gould y Caldarelli en 1982¹² realizan el estudio más completo hasta el momento en 19 pacientes, encontrando patología crónica de oído medio caracterizada por otitis media serosa y sus secuelas.

TABLA I. MANIFESTACIONES VISIBLES DE LA ACROCEFALO- SINDACTILIA	TABLA II. MANIFESTACIONES OCULTAS DE LA ACROCEFALO- SINDACTILIA
1. Braquicefalia e hipocefalia 2. Occipital plano 3. Prolinencia frontal 4. Edema inconstante de la región de la sutura metópica 5. Engrosamiento de las paredes laterales del cráneo 6. Maxila hipoplástica	1.- Riñón poliquistico 2. Atresia esofágica 3. Estenosis pilórica 4. Ausencia de fisuras interlobares pulmonares 5. Cabalgamiento de la aorta
7. Fascies aplanada 8. Prognatismo, ocasionalmente micrognatia 9. Exorbitismo 10. Hipertelorismo 11. Estrabismo 12. Ojos en posición hacia afuera y hacia abajo 13. Nariz en pico de loro 14. Paladar alto	6. Atrofia de las arterias pulmonares 7. Aplasia pulmonar 8. Utero bicorneo
15. Apiñamiento de dientes maxilares 16. Sindactilia	9. Ano ectópico 10. Duplicación de la V.C.S. 11. Estenosis pulmonar 12. Comunicación interventricular
17. Deformidad de articulaciones de extremidades superiores con la consiguiente limitante de movimiento 18. Retardo mental 19. Cuello corto 20. Equinovarus 21. Fontanela pequeña 22. Anormalidades de la pinna	13. Hidronefrosis e hidroureter 14. Anormalidades cartilaginosas de tráquea y bronquios 15. Fibroelastosis endocárdica 16. Defectos cardiacos congénitos 17. Queratocono 18. Dermatoglifos anormales 19. Atrofia óptica 20. Hipoacusia

En este estudio describimos los hallazgos otológicos y audiológicos en 10 pacientes con Síndrome de Apert.

Material y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en 16 pacientes con acrocefalosindactilia que acudieron en forma consecutiva al Departamento de ORL del Hospital General " Dr. Manuel Gea González ", a los que se les realizó:

1. Historia clínica con evaluación otoscópica con microscopio.
2. En los pacientes que cooperaron se les realizó audiometría de tonos puros, áreas y ósea, dentro de cámara sonomortiguada y con enmascaramiento de banda ancha cuando se consideró necesario; de lo contrario se les realizó umbrales auditivos con potenciómetro marca Nicolet Compact Four entre 2000 y 4000 Hz. Se decidió comentar los resultados como promedio de las frecuencias de 500 Hz y 1, 2, 4 KHz, siendo catalogadas de 0 a 20 dB como normoacúsicos, de 20 a 40 dB con hipoacusia superficial, de 40 a 60 dB como hipoacusia moderada, de 60 a 80 dB como hipoacusia severa y por arriba de 80 dB como restos auditivos.
3. Timpanometría con reflejo estapedial ipsi y contralateral en frecuencias de 500 y 1000 Hz con intensidad de 90 y 110 dB. Su interpretación es descriptiva en; normal, negativa, plana, disminuida o aumentada.
4. Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral a nivel supraumbral para estudio de conducción electrofisiológica de tallo cerebral. Los parámetros estudiados fueron: umbral auditivo, función latencia intensidad, latencias absolutas de las ondas I, III y V. Los intervalos interonda I-III, III-V y I-V, los radios de amplitud de la onda y la diferencia por tasa de repetición del estímulo. Los resultados se describieron en escala nominal de normal y anormal con descripción de las alteraciones.

NOMBRE	EDAD (AÑOS)	SEXO	ANTECEDENTE FAMILIAR DE S. DE APERT	CX CRANEO FACIAL PREVIA	ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
J.M.A.	2	F	NO	NO	OTITIS MEDIA SEROSA
B.R.D.	15	F	NO	NO	SINDACTILIA
I.R.P.	16	F	NO	NO	SINDACTILIA
C.F.H.	17	F	NO	NO	SINDACTILIA
J.D.M.	8	M	NO	NO	SINDACTILIA
R.T.M.	19	M	NO	NO	SINDACTILIA
E.C.H.	6	M	NO	NO	HIPOACUSIA
S.M.J.	3	M	NO	S I	HIPOACUSIA
G.L.V.	13	M	NO	NO	BRONCOPNEUMONIA
E.L.A.	14	M	NO	S I	

Resultados

Sólo en 10 se lograron completar los estudios. El rango de edad fue de 2 a 17 años con una mediana y moda de 13. Seis de ellos masculinos y cuatro femeninos.

Ningún paciente refirió antecedentes familiares de Síndrome de Apert. Todos eran de medio socioeconómico medio bajo a bajo. Dos pacientes tenían antecedente de cirugía de avance craneofacial (S.M.J. y E.H.L.), uno de otitis media serosa bilateral (J.M.A.), uno de hipoacusia de predominio derecho desde los 6 años, uno de cuadros de bronconeumonía durante los primeros 2 años y 7 tenían cirugías de corrección de sindactilias (Tabla III).

A la exploración física otológica de los 20 oídos observados, 3 presentan líquido en oído medio (otitis media serosa); 3 más retracciones moderadas; uno, perforación timpánica de 25% y 13 eran de aspecto normal (Tabla IV).

NOMBRE	EXPLORACION OTOLOGICA
J.M.A.	NORMAL
B.R.D.	RETRACCION MODERADA BILATERAL
I.R.P.	NORMAL
C.F.H.	NORMAL
J.D.M.	LIQUIDO EN CAJA BILATERAL
R.T.M.	DER: PERFORACION IZQ: LIQUIDO EN CAJA
E.C.H.	NORMAL
S.M.J.	NORMAL
G.L.V.	DER: NORMAL IZQ: RETRACCION MODERADA
E.L.A.	NORMAL

De los diez pacientes, en nueve se pudo realizar la audiometría tonal y sólo en un paciente (J.M.A.) el umbral se obtuvo con potenciales evocados auditivos. Únicamente un paciente presentó audición norma. Cuatro pacientes presentaron hipoacusia conductiva moderada bilateral, dos pacientes presentaron hipoacusia conductiva moderada en un oído y superficial en otro, un paciente manifestó hipoacusia conductiva moderada unilateral, otro paciente hipoacusia superficial bilateral y un paciente hipoacusia superficial unilateral. El promedio de

NOMBRE	AUDICION	PROMEDIO CONDUCTIVO EN dB	
		OIDO DER.	OIDO IZQ.
J.M.A.	HIPOACUSIA MODERADA BILATERAL	50	40
B.R.D.	HIPOACUSIA SUPERFICIAL DER. Y MODERADA IZQ.	35	48.75
I.R.P.	HIPOACUSIA SUPERFICIAL DERECHA UNILATERAL	26.25	2.5
C.F.H.	HIPOACUSIA MODERADA DERECHA UNILATERAL	56.25	18.75
J.D.M.	HIPOACUSIA MODERADA BILATERAL	50	47.5
R.T.M.	HIPOACUSIA MODERADA BILATERAL	55	43.75
E.C.H.	NORMAL	17.5	22.5
S.M.J.	HIPOACUSIA SUPERFICIAL DER. Y MODERADA IZQ.	28.75	48.75
G.L.V.	HIPOACUSIA MODERADA BILATERAL	50	51.25
E.L.A.	HIPOACUSIA SUPERFICIAL BILATERAL	27.5	35

TABLA VI IMPEDANCIOMETRIA				
NOMBRE	TIMPANOMETRIA		REFLEJOS ESTAPEDIALES	
	OIDO DER.	OIDO IZQ.	OIDO DER.	OIDO IZQ.
J.M.A.	PLANA	PLANA	AUSENTE	AUSENTE
B.R.D.	RETRAIDA	RETRAIDA	AUSENTE	AUSENTE
I.R.P.	PLANA	PLANA	AUSENTE	AUSENTE
C.F.H.	NORMAL	NORMAL	PRESENTE	PRESENTE
J.D.M.	PLANA	PLANA	AUSENTE	AUSENTE
R.T.M.	PERFORACION	PLANA	PERFORACION	AUSENTE
E.C.H.	PLANA	NORMAL	PRESENTE	PRESENTE
S.M.J.	PLANA	PLANA	AUSENTE	PRESENTE
G.L.V.	NORMAL	NORMAL	AUSENTE	AUSENTE
E.L.A.	NORMAL	NORMAL	AUSENTE	AUSENTE

audición vía aérea general fue de 37.5 dB y la vía ósea fue de 11 dB (Tabla V).

En los 10 pacientes se realizó timpanometría. Sólo 3 pacientes presentaron curvas normales bilaterales. Cuatro presentaron curvas planas bilaterales, uno curva plana unilateral, uno curva negativa bilateral y uno curva plana unilateral y perforación contralateral (Tabla VI).

En cuanto a los reflejos estapediales estos se encontraron presentes de manera bilateral en 2 pacientes, unilateral en 2 pacientes, ausentes en 5 pacientes y ausente unilateral con perforación contralateral en un paciente (Tabla VI).

Los estudios evocados supraumbrales para tallo cerebral demostraron normalidad con ajuste de

acuerdo a la hipoacusia en cada paciente en todas las variables en 9 de ellos. Un paciente (E.C.H.) presentó aumento del intervalo I-V y III-V por lo cual se le realizó estudio tomográfico computarizado de tallo cerebral y oído con descripción radiológica de normalidad (Tabla VII).

Discusión

En nuestra muestra sólo un 20% refería antecedentes de hipoacusia. La probable discrepancia con los resultados, en los cuales un 35% presentaba alteraciones otológicas a la exploración clínica y un 70% presentaba hipoacusia bilateral con muy probable detrimento en su habilidad de comunicación; posiblemente se deba a los problemas agregados que presentan estos pacientes. Por lo tanto, muchos padres familiares terminan adscribiendo los problemas de desarrollo a las causas más objetivas, siendo que la hipoacusia de ser importante puede ser causa fundamental en el retraso del desarrollo mental y psicológico del niño.

En todos ellos la hipoacusia es de carácter conductivo, variando de superficial a moderadas y llamando la atención de manera especial la brecha promedio de 26.75 dB.

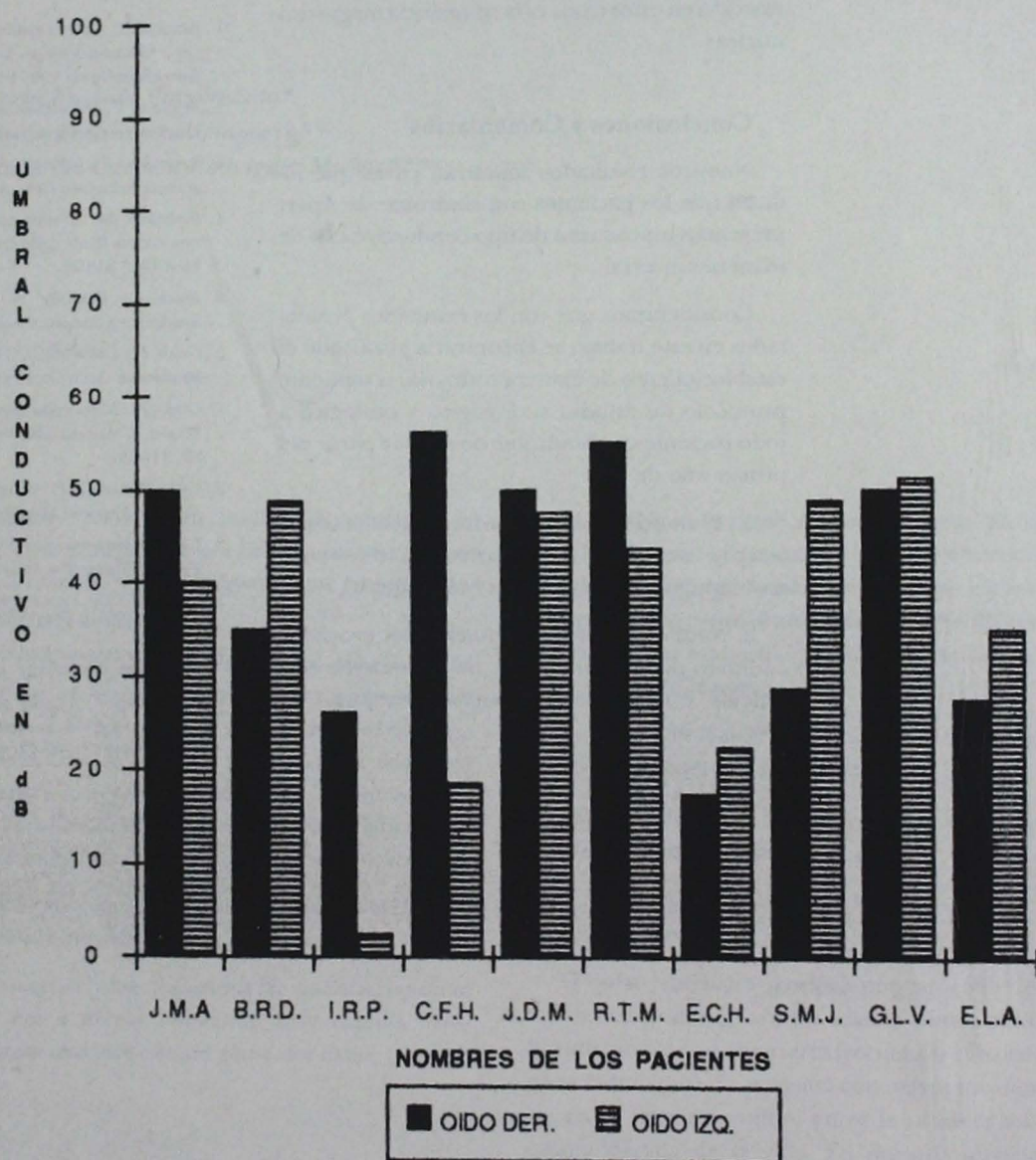
Podemos razonar, que en base a las alteraciones anatómicas en nasofaringe de este síndrome en particular, las cuales han sido ampliamente descritas con anterioridad, se presentan dis-

TABLA VII P.E.A.* DE TALLO CEREBRAL		
NOMBRE	DESCRIPCION	
	OIDO DER.	OIDO IZQ.
J.M.A.	NORMAL	NORMAL
B.R.D.	NORMAL	NORMAL
I.R.P.	NORMAL	NORMAL
G.F.H.	NORMAL	NORMAL
J.D.M.	NORMAL	NORMAL
R.T.M.	NORMAL	NORMAL
E.C.H.	NORMAL	INTERVALO iii-v ++
S.M.J.	NORMAL	NORMAL
G.L.V.	NORMAL	NORMAL
E.L.A.	NORMAL	NORMAL

* Potenciales evocados auditivos

GRAFICA I

AUDICION PROMEDIO EN PACIENTES CON SINDROME DE APERT



funciones de la trompa de Eustaquio desde edades muy tempranas y en consecuencia procesos de otitis media serosa u otitis media aguda recurrente que con el transcurso del tiempo al no ser

tratados adecuadamente inician a su vez procesos de miringo o timpanoesclerosis o terminan en otitis media crónica con las consiguientes hipoacusias conductivas que observamos en

proporciones muy altas durante el presente trabajo. Un problema parecido al observado en niños con paladar hendido pero con incidencia aún más importante.

Un solo paciente presentó aumento de la latencia interonda I-V a expensas de la III-V. La TC mostró una aplasia de Mondini bilateral. En casos de alteración retrococlear el estudio de elección en estos casos es la resonancia magnética nuclear.

Conclusiones y Comentarios

Nuestros resultados muestran cifras que indican que los pacientes con síndrome de Apert presentan hipoacusias de tipo conductivo casi de manera universal.

Consideramos que con los resultados presentados en este trabajo se encontraría justificado el establecimiento de manera rutinaria, el siguiente protocolo de estudio audiológico y otológico a todo paciente con Síndrome de Apert a partir del primer año de vida:

1. Evaluación otorrinolaringológica integral (exploración física, pneumatoscopía, nasolaringoscopia y estudios radiológicos).

2. Audiometría tonal o potenciales evocados auditivos para umbral tonal, timpanometría con reflejos estapediales y potenciales evocados de tallo cerebral.

3. Estudios de imagen de acuerdo a resultado. La detección temprana de problemas auditivos en la acrocefalosindactilia es de primordial importancia para su prevención y tratamiento, siendo parte integral del manejo interdisciplinario que debe ser utilizado en estos pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Blank C.E.: Apert's syndrome (a type of acrocephalosyndactyly): Observations on a British series of thirty-nine cases. *Ann Hum Genet* 1960 24: 151
2. McKusick V.: Mendelian inheritance in man. The John Hopkins University Press, Baltimore. 1975.
3. Bergstrom L., Neblett L.: Otologic manifestations of acrocephalosyndactyly. *Ann Otolaring*. Vol 96. Aug. 1972
4. Bertolotti, M.: L'acrocefalosindactilia considerata como una varietá fetale della cranio-sinostosi patológica. *Riforma Med* 1915 31:679.
5. Black F.; Donnelly W.: Acrocephalosyndactyly (Apert's Syndrome): temporal bone findings, 1975.
6. Gould H.; Caldarelli D.: Hearing and otopathology in Apert Syndrome. *Arch Otolaryngol*, 1982 108, J.
7. Greber H.: Akrocephalosyndaktylie: Eine Klinisch-ätiologische Studie. *Z Menschliche Vererbungs konstitutionslehre* 1944 28: 211-261.
8. Ortiz Monasterio F.: Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana. Número Especial Monográfico, Madrid, España. 1979.
9. Chi A.: Alteraciones auditivas en la enfermedad de Crouzon. Tesis de Postgrado. HGMGG, 1985.
10. Apert E.: De l'acrocephalosindactyle. *Bull. et Mem Soc. Med. Hop. de Paris* 1906 23: 1310.
11. Clevé P.; Deumier R.: Deafness in osseous dysplasia and craniofacial dysmorphia. *Ann Otol* 1958 74: 852-874.
12. Erickson D.J.: A study of parental age effects on the occurrence of fresh mutations of the Apert Syndrome. *Ann Hum Genet Lond* 1974 38: 89.

Quiste mediano nasopalatino. Revisión del tema y reporte de un caso

Mario Antonio Barrón Soto*

Luz Arcelia Campos Navarro**

María del Carmen Rodríguez Muñoz***

Resumen.- En el quiste mediano nasopalatino la histología de su cápsula está formada por una capa de tejido conectivo fibroso, colágena densa, pudiendo contener tejido glandular.

Clínicamente se caracteriza por, dolor medio facial, su crecimiento es lentamente progresivo, la mayoría de las veces es un hallazgo radiológico, asintomático, su etiología es incierta, sin relación a alteraciones periodontales. Es importante el diagnóstico diferencial con quistes radiculares, abscesos periodontales, tumores mixtos entre otros.

Se presenta un caso clínico tratado en el Hospital General Centro Médico La Raza I.M.S.S.

Summary.- Hystopathologically the medial nasopalatal cyst has a fibrous connective tissue capsule, dense collagen and may contain glandular tissue. Clinically

it's characterized by slowly progressive medial facial pain. In the most of the cases it's an asymptomatic radiological finding of unknown ethiology, without any relationship to parodontal pathology. The differential diagnosis is made with radicular cyst, parodontal absces and mixed tumors.

We present a case teatred in the General Hospital of the Medical Center "La Raza" I.M.S.S.

Palabras clave: Quiste, canal incisivo, quiste mediano nasopalatino.

Introducción

El quiste mediano nasopalatino procede del tejido embrionario, con un cuadro clínico poco florido, por lo que con cierta frecuencia el hallazgo es radiológico. Se presenta con mayor incidencia en el sexo masculino, entre la primera y la quinta década de la vida. En nuestro servicio tuvimos la oportunidad de diagnosticar y tratar un paciente con esta patología, con resultados satisfactorios.

Caso Clínico

Paciente masculino de 18 años, originario del D.F., de medio socioeconómico medio bajo, sin antecedentes de importancia, que inicia su

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

**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 I.M.S.S.

Figura 1
Fotografía en la que observamos
abombamiento del paladar.



Figura 2
Tomografía computarizada en
cortes coronales, donde se aprecia
neoformación que ocupa toda la
fosa nasal.



padecimiento 9 meses previos con rinorrea hialina intermitente, en moderada cantidad con sensación de obstrucción nasal de 2 semanas de evolución por lo que acudió a facultativo tratándolo con anti-inflamatorios y anti-histamínicos con mejoría mínima, notando posteriormente aumento de volumen discreto en cara (centrofacial), odontalgia de 3 meses de evolución en caninos en incisivos superiores así como dolor discreto de paladar, epistaxis autocontrolable en repetidas ocasiones, dichos síntomas se acentúan por lo que acude a nuestro servicio. A la exploración física se observa aumento de volumen moderado centrofacial, en ambas fosas nasales (FN) se observa neoformación en el piso de aspecto polipoideo, hipervascularizado, blando y doloroso a la palpación sin cambios al vasoconstrictor. Cavidad oral con abombamiento del paladar duro, de consistencia blanda, fluctuante en su porción posterior con dolor moderado a la palpación, paladar blando normal. Trae consigo radiografías simples de senos paranasales donde se observa neoformación en piso nasal que abarca ambas FN, con lisis ósea de parte inferior de pared lateral nasal en ambos lados. La TC se observa lesión que ocupa ambas fosas nasales, antros maxilares, redondeada, con lisis de paredes mediales de antros maxilares, que con medio de contraste se refuerza su periferia con zona

de radiolucidez (menos densidad homogénea) en el centro.

Se realiza tratamiento quirúrgico a través de una incisión sublabial ampliada, confirma la extensión de dicha lesión en áreas ya mencionadas, quística, con diagnóstico histopatológico final de quiste mediano nasopalatino, con evolución satisfactoria.

Discusión

El quiste mediano nasopalatino, también conocido como fisural o de inclusión, se ha considerado como una lesión rara no odontogena, localizada en la línea media del paladar duro: se desarrolla en tejidos blandos de la cavidad oral e involucra el piso de la nariz; en la mayoría de los casos es asintomática y fluctuante.^{1, 2}

En el canal incisivo, está contenido el conducto nasopalatino que crea una comunicación entre cavidad nasal y oral.^{1, 7} La etiología es incierta,¹ hay teorías que tratan de explicar su desarrollo, embriológicamente se atribuye al enclavamiento del remanente del epitelio lo cual formará en la vida adulta un quiste.³ Sobre esta teoría Courage y Lathan, especulan que los movimientos masticatorios pueden potencialmente estimular el remanente epitelial formándose así los quistes.⁴

Figura 3
La tomografía computarizada al
mismo nivel de la anterior en fase
contrastada, donde se ve reforzamiento
marginal que corresponde a la cápsula.

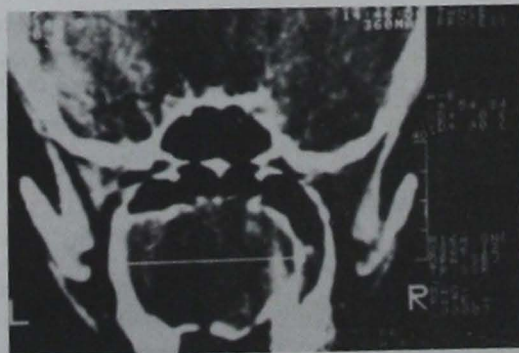


Figura 4
Aspectos macroscópicos de la
lesión



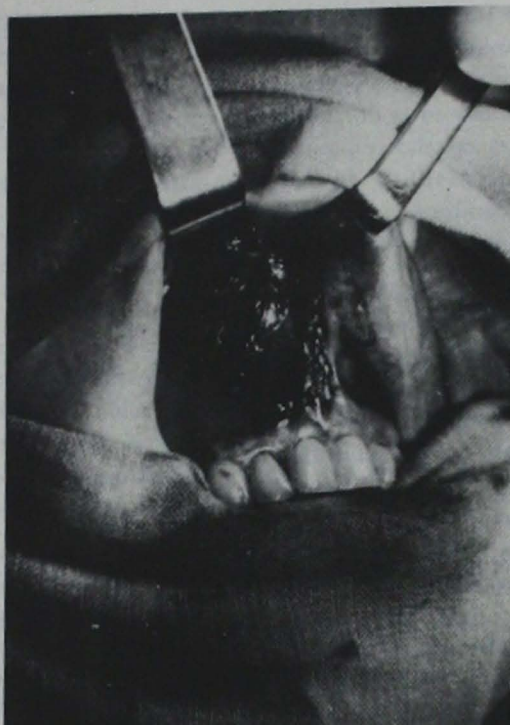


Figura 5
Aspectos macroscópicos de la lesión

CUADRO I

Clasificación de los quistes de la línea media^{6, 9, 10}

I.- QUISTES DE LA LINEA MEDIA

A) QUISTE MAXILAR ANTERIOR MEDIANO
(Del conducto nasopalatino) está en el conducto incisivo y es el más común de los quistes fisurales.

B) QUISTE MEDIANO NASOPALATINO
Localizado en la línea media, entre los procesos maxilares laterales.

C) ALVEOLAR MEDIANO

II.- QUISTES MAXILARES LATERALES

A) GLOBULOMAXILAR
Aparecen en la unión de la porción globular entre el incisivo lateral superior y canino.

B) QUISTE NASOALVEOLAR
Se origina en la unión del proceso nasal lateral y maxilar.

Yip y cols., aislaron lípidos neutros que son los que pueden inducir a la resorción ósea y acúmulo de líquidos, con lo que resulta la formación de dicho quiste.³ Han sido además postulados factores traumáticos e infecciosos o la proliferación bacteriana en el remanente.⁸

De acuerdo a su incidencia, se considera la lesión no odontogénica más común de la cavidad oral,¹ predominando en el sexo masculino de 4:1; su rango de edad es de 13 a 52 años con un promedio de 37 años.³

El crecimiento es lento, incluso pueden detener su crecimiento por años, se cree se debe a un drenaje intermitente del quiste hacia la cavidad oral. Sus dimensiones varían entre 6-12 mm, las proporciones mayores son raras.¹

Usualmente cursa asintomático, descubriéndose en radiografías de rutina.¹ La queja más frecuente, es un bulto en la parte anterior de la línea media del paladar duro, de consistencia blanda, elástica, fluctuante, que generalmente involucra el piso nasal, ocasionando asimetría facial.³ La infección secundaria propicia el rápido agrandamiento, con dolor bien localizado o neurálgico, irradiándose hacia el costado nasal u ocular; puede experimentarse una sensación quemante, por la presión que ejerce el quiste sobre el nervio nasopalatino. Si un quiste infectado se rompe a través de la tumefacción labial, se produce un trayecto fistuloso en el surco.^{2, 6, 8}

Se menciona como rasgo importante un gusto salado, adormecimiento en la cara anterior del paladar, sensación de plenitud y sensibilidad aumentada a la palpación de la región. Rara vez estos quistes producen erosión ósea.^{1, 2, 4, 6, 8, 9, 12}

CUADRO II

Criterios diagnósticos para diferenciar un quiste nasopalatino de otros.

- 1.- La mayoría de los casos se encuentran sobre la línea media del paladar duro.
- 2.- Se localiza posterior a la papila palatina.
- 3.- Apariencia circular u ovoide.
- 4.- No está asociado íntimamente con dientes.
- 5.- No se comunica con el canal incisivo.

Histopatológicamente son considerados verdaderos quistes, terminando en fondo de saco, dentro del maxilar, el tipo de epitelio puede ser de pavimentoso estratificado en la porción inferior del conducto hasta epitelio respiratorio por encima de este nivel o incluso modificaciones, este cambio es debido a transformación metaplástica.^{1, 2, 3, 13, 14}

La cápsula de los quistes está formada por tejido conectivo fibroso, fibras de colágeno denso que pueden contener tejido glandular productor de moco, con poca frecuencia es indentificado colesterol. El contenido puede ser variado desde líquido viscoso, mucoso o material purulento si se ha infectado.^{2, 4, 6, 12, 13} También se puede encontrar tejido nervioso en la mayoría de los casos, vasos sanguíneos, tejido adiposo, cartilago hialino, células epiteliales, eritrocitos, linfocitos, polimorfoculares, pigmento de hemoderina que se encuentra en la capa basal del epitelio pseudoestratificado columnar ciliar.^{1, 8, 11.}

En la mayoría de los casos cursan asintomáticos, descubiertos usualmente en un examen radiológico de rutina o son pacientes que al notar salida de material purulento a través del agujero incisivo, acuden al odontólogo, recibiendo tratamiento sin mejoría.^{1, 2}

Ante la sospecha, realizar historia clínica completa, radiografías y biopsia insicional o excisional,^{4, 8} radiológicamente se aprecia un círculo, ovoide o una imagen radiolúcida en forma de corazón simétrico y bien definido localizado en el paladar duro.^{5, 8} Los quistes que ocluyen el piso nasal pueden demostrarse en una radiografía oclusal.¹

En este tipo de patología debemos hacer diagnóstico diferencial con abscesos dentales, quistes radiculares, queratoquistes odontogénicos, tumores mixtos, quiste alveolar mediano, quiste globulomaxilar, tumores benignos de glándulas salivales, osteoma de antro maxilar entre otros.³

La biopsia es el estudio que nos dará el diagnóstico definitivo. Para la mayoría de los casos, el tratamiento deberá ser quirúrgico; cuando se advierten quistes pequeños la conducta a seguir deberá ser expectante, ya que no hay

reportes de transformación maligna, siendo necesario realizar seguimiento del paciente, con revisiones periódicas y en caso de observarse crecimiento, está indicara la enucleación. Para los quistes grandes es preferible, abordaje transpalatino o sublabial ampliado.

No es necesario el tratamiento asociado a los dientes, en contraste con los quistes periodontales.^{1, 3, 4, 7, 9, 11, 14}

Las complicaciones son raras si se efectúa una enucleación completa del quiste y una buena reparación del defecto dejado; de presentarse sería por orden de frecuencia decreciente hemorragia inmediata, infecciones, fistula nasopalatina y necrosis de pared dentaria.

Después del tratamiento quirúrgico, su pronóstico es bueno, dándose además regeneración total del hueso.^{1, 2}

Referencias Bibliográficas

1. Bodin I, Isacson, and cols.: Cyst of the nasopalatine duct int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1986;15:696-706.
2. Converse and cols.: Tumors of the head and Neck, Reconstructive Plastic Surgery Edit. WB Saunders company,
3. Gingell J.G.; Levy B.A.: Median Palatine Cyst and maxillary antral osteoma: report of a unusual case. J. Oral Maxillofac surg. 1985: 43:47-51.
4. Gordon N.C. and cols.: Median palatine cyst and maxillary antral osteoma: report of a unusual case, J. Oral Surgery 1980; 38:361-365.
5. Lashin D.: Cirugía bucal y maxilofacial Ed. 1987 edit. Médica Panamericana, S.A. 1987; 461-465.
6. Lee K. J.: Otolaryngology and head and Neck Surgery. Ed. Elsevier Science Publishing Co. Inc. 1989; 430.
7. Partridge M. and cols.: The primordial cyst (odontogenic keratocyst) its tumour-like characteristics and behaviour british, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 119 25:271-279.
8. Stavetz L.R. and cols.: Well-defined radiolucent lesion in the maxillary anterior region. Jada 1990;120:335-336.
9. Paparella M.; Shumrick D.: Otorrinolaringología 2da Ed. Buenos Aires Panamericana, 1987; 2702-3.
10. Cummins Ch.: Otolaryngology head and Neck surgery. Edit the C.V. Mosby company 2da edición 1986, tomo 2: 1496-1500.
11. El Bardaie A.; Nikai H. cols.: Migmended nasopalatine duct cyst int. J. Oral Maxillofacial Surg. 1989;18:3:138-9.
12. Zachariades L.; Papanikolaou S.: The median palatal cyst does it exist? Report of three cases with oromedical implications. Journal of Oral Medicine, 1984; 39(3): 173-176.
13. Damm D.D. and cols.: Concurrent nasopalatine duct cyst and bilateral mesiodens, Oral Surg. 1988:264-265.
14. Robbins S.L. M.D.: Patología estructural y funcional. Ed Interamericana la. Edición. 1975:834-5.

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
03810 México D.F.
Tel: 5 43 93 63.

Congreso de Rinología

La Sociedad Mexicana de Rinología y Cirugía Facial, anuncia su 3º 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 rinología y facial, cirugía de los senos paranasales, mesas redondas y trabajos libres, coordinador de la reunión es el Dr. Víctor Vera Martínez.

Informes e inscripciones:
Eugenia 13-403
Col. Nápoles
03810 México D.F.

Cursos en España

Nos anuncian los siguientes cursos: en el mes de noviembre (18 al 20) al XVII Curso de Diseción y Microcirugía de los Senos Paranasales di-

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

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

También de España

Del 18 al 22 de noviembre de 1991, se celebrará el XIII Curso de Otocirugía y Disección del Hueso Temporal. Se realizará 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, 1º planta, Hospital General Universitari Ciutat Sanitria de la Vall d'Hebron
0836 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, por ejemplo, Menier, 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
Colonia Roma
México D.F. 06700

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 U.S. Cy y \$875.00 para residentes.

Las fechas de los cursos serán los siguientes: noviembre 17 a 22 y diciembre 8 a 13 de 1991 y para 1992: 12 al 17 de enero, 2 al 7 de febrero, 1 al 6 de marzo, 5 al 10 de abril, 17 al 22 de mayo, 30 de agosto al 4 de septiembre, 20 al 25 de septiembre, 18 al 23 de octubre, 8 al 13 de noviembre y 6 al 11 de diciembre.

Para mayores informes:

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

RINOPLASTIA 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 M Johnson
Hedgewood Surgical Center
2427 St. Charles Ave.
New Orleans LA 70130

SOCIEDAD POLITZER

La Sociedad Politzer, anuncia su Conferencia Internacional a realizarse del 15 al 21 de marzo en el Gran Hotel Savoia de Cortina de Ampezzo en Italia bajo el título general de "Otología de los 90s. Tendencias y Perspectivas", donde se tratarán múltiples temas entre los que destacan: Monitoreo de nervio transquirúrgico, colesteatoma, implantes cocleares, auxiliares auditivos implantables, reparación del nervio facial y reanimación facial, ciencias básicas, etc. Dentro de la Reunión, se tiene asignado un día para visitar la bella ciudad de Venecia y se podrán practicar los deportes alpinos.

Informes:

Prof. Dr. G. Baboghian
30125 VENEZIA ITALIA
S. Polo 2120
Tel. (41) 524 2469
Fax. (41) 524 2468.

DIRECTORIO DE COLABORADORES

AMERICAN OVERSEAS TRADING	Audiometría
ASTRA	Bricanyl
BEECHAM	Augmentin, Eskafam, Vontrol
CIBA-GEIGY	Cataflam DD
DPSTO. DENTAL INS.	Productos Médicos y Quirúrgicos
DEWIMED. S. A.	Instrumental para Microcirugía y Equipo Médico
FARMITALIA	Kelfiprim
GLAXO	Zinnat, Ceporex, Beconase, Virlix
HUERTA MEDICA	Aparatos Auditivos y Material Quirúrgico
GRUPO ROUSSEL	Cervilan, Rulid
HOECHST	Zyrtec
JANSSSEN	Stugeron retard
LEPETIT	Teldane-D
PROMECO	Mucosolvan
PFIZER	Unasyna
ROCHE	Rocephin
RESONANCIA MAGNETICA CLINICA LONDRES, S.A. DE C.V.	Resonancia Magnética un diagnóstico preciso
SYNTEX	Febrax, Flanax
STORZ	Instrumentos y Endoscopia para ORL
SHERING - PLOUGH	Clarityne
UPJOHN	Ansaid, Dalacin - C

CLARITYNE
LORATADINA 10 mg

CLARITYNE TABLETAS Y JARABE

Antihistamínico no sedante, de acción prolongada.

FORMULAS:

Cada TABLETA contiene:

Loratadina 10 mg

Cada 5 ml de JARABE contienen:

Loratadina 5 mg

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 tricíclico 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 ocurrida 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: Aun 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 pesada 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 insilación se debe quitar tanto volumen del líquido administrado como sea posible. Los agentes catárticos 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 hemodiálisis 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.

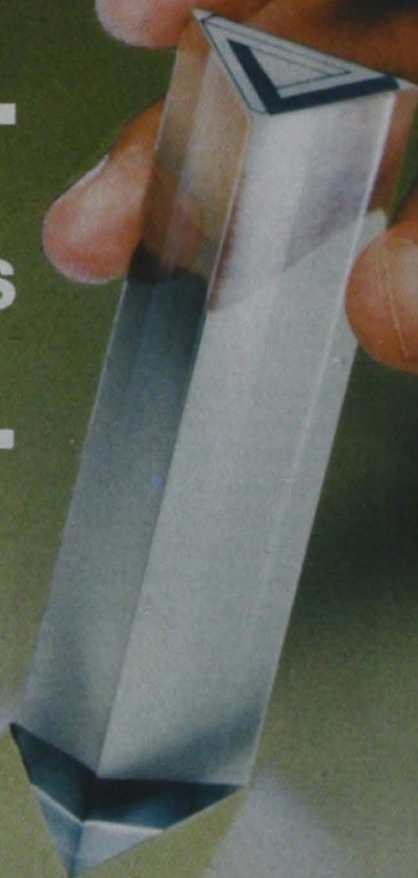
Almacénese entre 2 y 30°C.
REGS. Nos. 045M88 S.S.A. y 001M89 S.S.A.

Si usted requiere mayor información solicítela a la Dirección Médica, al 676-30-11.

I. Méd. RBE-460/J.
I. Méd. OKE-1740/J.

Are 13991-CLE

Más allá de los
antihistamínicos
modernos



 **Virlix**
Cetirizina/Glaxo

es precisión antialérgica porque

rompe el círculo
vicioso de la alergia

-
- Alergias cutáneas
 - Alergias respiratorias

Glaxo

Más allá de los
antihistamínicos
modernos

Virlix
Cetirizina/Glaxo

Precisión antialérgica



INFORMACION PARA PRESCRIBIR REDUCIDA

**VIRLIX
TABLETAS**

FORMULA:

Cada tableta contiene:
Diclorhidrato de Cetirizina 10 mg.

INDICACIONES:

Virlix está indicado para el tratamiento de:
urticaria crónica, urticaria aguda, dermatitis por
contacto, dermatitis atópica, manifestaciones
alérgicas cutáneas, rinitis perenne, rinitis
estacional, rinoconjuntivitis.

DOSIS Y ADMINISTRACION:

Adultos y niños mayores de 12 años de edad: una
tableta de 10 mg al día.

No se recomienda el uso de la cetirizina en niños
menores de 12 años de edad.

En los pacientes con insuficiencia renal, la dosis
debe ser reducida a media tableta diaria.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a cualquiera de sus
componentes.

Mujeres que se encuentren en período de
lactancia, ya que la cetirizina es excretada en la
leche materna, niños menores de 12 años,
pacientes con enfermedad renal severa.

PRECAUCIONES:

No se debe exceder la dosis recomendada si
deben conducirse vehículos automotores u operar
maquinaria.

Este medicamento puede causar en algunos
pacientes somnolencia leve, en tales casos se
recomienda no consumir alcohol ni tranquilizantes
durante el tratamiento.

EMBARAZO:

Igual que otros fármacos, se debe evitar el uso de
Virlix durante el embarazo.

INTERACCIONES CON OTROS FARMACOS:

Hasta la fecha no hay interacciones conocidas con
otros fármacos. Igual que con otros
antihistamínicos, es conveniente evitar el consumo
excesivo de alcohol.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

Han habido algunos reportes ocasionales de
reacciones secundarias leves y transitorias, tales
como cefalea, mareo, somnolencia, agitación,
sequedad de boca y malestar gastrointestinal.

PRECAUCIONES FARMACEUTICAS:

Almacénese a menos de 30°C.

PRESENTACIONES:

Caja con 10 tabletas en envase de burbuja.

Reg. No. 130M91 S.S.A.

I. Méd. RGE-1534/J

Su venta requiere receta médica.

Literatura exclusiva para médicos.

Glaxo

Hecho en México por:
GLAXO DE MEXICO, S.A. DE C.V.
Caiz. México-Xochimilco No. 4900
Col. San Lorenzo Huipulco
14370 México, D.F.



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

Atentamente
Gerente General
Lic. Joaquín Bohigas
Tel. 5439363

Zyrtec*
CETIRIZINA



Porque la rinitis alérgica
es más que histamina



Zyrtec*... más que un
CETIRIZINA antihistamínico

Hoechst

Eskafiam

Formulación:
Cada tableta contiene:
Nimesulida 100 mg
Excipiente c.b.p. 1 tableta

Indicaciones clínicas:
Inflamaciones terapéuticas: Procesos inflamatorios de las vías respiratorias altas (faringitis, 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, a los otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos. No se debe administrar en sujetos con hemorragia gastrointestinal activa o úlcera gastroduodenal en fase activa, diabetes, 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, náusea y gastroalgia leves y transitorias, rara vez o tal grado que se requiera la suspensión del tratamiento. Se han observado casos raros de erupción cutánea de tipo alérgico.

Algunas veces durante el uso del Eskafiam no se han advertido señales en este sentido, se deberá tener presente que este producto, de manera similar a la 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 llegaron a producirse 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 la 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 sustanciales 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. La causa del elevado índice de unión de Eskafiam con las proteínas plasmáticas, los pacientes que estén 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.

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

Revertentes:
El producto deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Mantener lejos del alcance de los niños.

Desfalcación:
Infecciones del trato 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 Nimesulida cada una.
Caja con 30 tabletas con 100 mg de Nimesulida cada una.

1. SUGIYAMA et al. Preclinical pharmacological studies with Nimesulide. For presentation at the 12th World Conference on Antimicrobial Pharmacology, Neuropharmacology, Venice April 19-24, 1994.
2. GUSTAFSSON et al. Clinical trial with Nimesulide, a new non-steroidal anti-inflammatory agent, in rheumatic pathology. J. Int. Med. 237: 385-391.
3. KOPPEL et al. Mechanism of action of novel anti-inflammatory drugs Diflunisal and RB5. Biochem. Pharmacol. 55: 237-247.
4. MARCHETTI et al. Influence of RB5 on the stability and reactivity of rat cytochrome P-450. Biochem. Pharmacol. 55: 237-247.
5. KOPPEL et al. Mode of action of novel anti-inflammatory Nimesulide. Biochem. Pharmacol. 55: 237-247.
6. KOPPEL et al. Nimesulide in the treatment of fever. J. Pharm. Med. 1994; 17: 101-104.

L.M.E.D. 026-1020/J Reg. SSA. 054AMB9

SB
SmithKline Beecham
AV. UNIVERSIDAD 1449
DELEGACIÓN ALVARO OBREGÓN
01030 MEXICO, D.F.

Zyrtec

CETIRIZINA

Tabletas pelculadas

Fórmula:
Cada tableta contiene:
Dihlorhidrato de cetirizina 10 mg
Excipiente c.b.p. 1 tableta

Indicaciones:
La cetirizina es un potente antihistamínico con un bajo potencial de producir somnolencia a dosis terapéuticas y con propiedades anti-alérgicas adicionales. Es un antagonista H1 selectivo con efectos insignificantes sobre otros receptores y por lo tanto está virtualmente libre de efectos anticolinérgicos y antiserotónicos. La cetirizina inhibe la fase "temprana" de la reacción alérgica mediada por histamina y también reduce la migración de las células inflamatorias y la liberación de mediadores asociados con la respuesta alérgica "tardía".

Zyrtec® está indicado para el tratamiento de la rinitis y de los conjuntivitis estacionales, de la rinitis alérgica perenne, del prurito y de la urticaria crónica idiopática.

Farmacocinética en humanos:
La administración de 10 mg de Zyrtec® asegura la aparición de una concentración sanguínea máxima del orden de 0,3 mcg/ml entre 30 y 60 min. después de su administración. Su vida media plasmática es de aproximadamente 11 horas. Se observa que su absorción es muy regular de un individuo a otro. Su depuración renal es de 30 ml/min y la vida media de excreción es de 9 horas aproximadamente. La cetirizina se une fuertemente a las proteínas plasmáticas (93%).

Propiedades farmacológicas:
Antihistamínico H1.
La cetirizina se comporta como un fármaco anti H1sin efectos anticolinérgicos y antiserotónicos significativos. A dosis farmacológicamente activas, la cetirizina no provoca sedación, ni modificaciones del comportamiento.

La cetirizina ejerce un efecto antagonista potente y de larga duración, particularmente selectivo a nivel de los receptores H1. En farmacología humana, la actividad periférica de la cetirizina se revela por la inhibición muy significativa de:

- las ronchas y el eritema inducidos por la inyección intracutánea de histamina;
- la histamina endógena liberada in vivo tras un estímulo al 48/80;
- la reacción alérgica inmediata inducida por la inyección intracutánea de polen;
- la reacción cutánea edematosa inducida por la substancia P o el VIP (Poli péptido Intestinal vasoactivo);
- la reacción alérgica nasal inmediata inducida por la instalación de un alérgeno.

La cetirizina disminuye notablemente la hiperreactividad bronquial del paciente asmático a la histamina. La cetirizina opone específicamente la migración de los eosinófilos inducida en sujetos atópicos. Estos efectos se obtienen sin observarse ningún efecto central, ni por medio de pruebas psicométricas, ni por EEG cuantificado.

Contraindicaciones:
Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, niños menores de 12 años, pacientes con enfermedad renal severa.

Precauciones o restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia:
Por precaución, no se administre Zyrtec® a la mujer gestante durante el período de organogénesis, ni durante el período de lactancia, ya que la cetirizina se excreta en la leche.

Reacciones secundarias y adversas:
En pruebas objetivas de la función psicomotora, la incidencia de sedación con cetirizina fue similar a la de placebo. Reacción secundaria: Ha habido reportes ocasionales de efectos leves y transitorios como cefalea, náuseas, somnolencia, agitación, boca seca y malestar gastrointestinal.

No existe a dosis terapéuticas ninguna potencialización de los efectos del alcohol (para un nivel sanguíneo de 0,8 g/l). No obstante, se recomienda una actitud prudente. Este medicamento puede causar en algunos pacientes somnolencia leve, en tales casos se recomienda no consumir alcohol, ni tranquilizantes durante el tratamiento.

Interacciones:
Hasta la fecha no se conoce ninguna interacción con otros medicamentos. Estudios con diazepam y clonidina han revelado que la cetirizina no tiene interacción con ellos. Como con otros antihistamínicos, es aconsejable evitar el consumo excesivo de alcohol.

Manejo de vehículos y maquinaria:
No se observaron modificaciones de la vigilancia o del tiempo de reacción en estudios realizados con dosis diarias de 20 a 25 mg en voluntarios sanos. Sin embargo es conveniente avisar al paciente de no sobrepasar las dosis mencionadas si conducen u operan maquinaria.

Alteraciones de pruebas de laboratorio:
No se conocen hasta la fecha.

Precauciones y relación con efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis y sobre la fertilidad:
Los estudios de toxicología realizados en el animal de experimentación no han evidenciado ninguna malformación particular; sin embargo, se aconseja evitar su uso durante el embarazo.

Dosis y vía de administración:
Niños a partir de los 12 años y adultos.
El médico determinará la dosis. En la mayoría de los casos, se recomienda una sola toma diaria de 10 mg.

Sobredosis:
La sedación puede ser un síntoma de sobredosis y aparece tras una administración única de 50 mg.

En caso de sobredosis masiva se realizará cuanto antes un lavado de estómago. Se aconseja una terapia sintomática de soporte con control frecuente de las funciones vitales.

Presentación:
Caja con 10 tabletas en envase de burbuja.
Manténgase en lugar fresco y seco.
Manténgase fuera del alcance de los niños.

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 QUÍMICO: difenil-piperidinbutanol.
ACCION: En vértigo VONTROL aparentemente ejerce una acción antieméptica específica sobre el aparato vestibular.

En náuseas y vómito: El VONTROL inhibe la zona quimioceptora 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 de 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: absceso 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.

DOSES Y ADMINISTRACION: Dosis para adultos para vértigo, náuseas y vómito.
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 subcutánea, debe tenerse cuidado para evitar la infiltración subcutánea o penección.

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.

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. Si 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 sistemáticamente). En embarazo y glaucoma.

PRECAUCIONES: El efecto antiemético del VONTROL puede enmascarar signos de sobredosis 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 agudas como atropina y escopolamina. Estos reaccos 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 en pacientes hipersensibles a esas drogas. Se debe suspender la droga inmediatamente si tales efectos ocurren. No debe indicarse la administración intravenosa a personas con antecedentes de torsión 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 e, irritación (náusea 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 uso pleo 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 la naturaleza de los síntomas.

PRESENTACIONES: Tabletas de 25 mg en frasco con 25. Solución inyectable en ampollitas de 2 ml (20 mg/ml) en caja con 2. Clave sector público Difendol Tabletas 3111. Difendol Ampollitas 3112.

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.
Reg. Núms. 68975 y 68978, S.A. I Med. OIE 1412/J

REFERENCIAS:
1. Histonas clínicas documentales y archivadas en el Departamento Médico de los Laboratorios SmithKline and French de Filadelfia E.U.A.

Hecho en México por:
SMITH KLINE AND FRENCH
Av. Universidad No. 1449
Delegación Alvaro Obregón
C.P. 01030 México, D.F.
* Marca registrada para el difenidol de SKBF.

SmithKline Beecham
Clave: 70650591

Información exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica
*Marca Registrada
Reg. No. 131M94 SSA
PPA
Clave: ZYT-AR-1-91

Para mayor información solicítala a:
Química Hoechst de México, S.A. de C.V.
Tecoyotitlan 412
Alvaro Obregón C.P. 01050 México, D.F.
Tel.: 548-6600 y 550-2099

hoechst



OTITIS MEDIA:

Una situación dolorosa

con antecedentes de recurrencia

La actividad del clavulanato resuelve el problema

- ▲ La otitis media aguda puede convertirse en otitis media secretora y en sordera ⁽¹⁾
- ▲ La eliminación de organismos productores de Betalactamasa previene estas complicaciones ⁽²⁾

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

▲ 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**

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
sulbactam/ampicilina
sultamicilina

M.R.



IM/IV
ORAL



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., Baufi F., Possa M., Magri G. Lo Cicero S.: Action of ambroxol on mucociliary clearance, Elsevier Science Publishers B.V.
- 3) Pulmonary surfactant system E.V. Cosmi and E.M. Scarpelli eds. 1983.
- 4) Lachman B.: THE EFFECT OF AMBROXOL IN NEWBORN AND ADULT ANIMALS WITH SURFACTANT DEFICIENCY, Elsevier Science Publishers B.V. Pulmonary Surfactant System, E.V. Cosmi and E.M. Scarpelli eds. 1983.
- 5) Curti P.C.: Aumento de la producción de surfactante alveolar por el ambroxol, Pneumologie 147: 62-74, 1972.
- 6) Wiemeyer, J.D.M.: Influence of ambroxol on the bronchopulmonary level antibiotics, Arzneim - Forsch 31, 974-976, 1981.
- 7) Manrique M.J. et al. TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA SEIOSA CON AMBROXOL ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA, Vol. 45, No. 1, 17-20, 1987.
- 8) Hills B.A. ANALISIS OF EUSTACHIAN SURFACTANT AND ITS UNCTION AS A RELEASE AGENT Arch. Otolaryngol. 1984; 110:3-9.
- 9) Hills B.A. HYDROPHOBIC LINING OF THE EUSTACHIAN TUBE LINED BY SURFACTANT, Arch. Otolaryngol. 1984; 110:779-782.
- 10) Mira E. et al. PROPIETA TENSOATTIVE DELLA MUCOSA DELLA UBA DI EUSTACHIO POSIBILI CORRELAZIONI CON IL SURFACTANTE ALVEOLARE. Revista Italiana di Audiologia e Foniatria 1985, vol. 5, No. 3 349-353.
- 11) Brown D.T. et al. DRUGS AFFECTING CLEARANCE OF MIDDLE EAR SECRETIONS: A PERSPECTIVE TO THE MANAGEMENT OF ITTIS 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-Operatorio en especial en Cirugía Geriátrica.

MUCOSOLVAN* Solución Oral, Comprimidos y Gotas puede administrarse asociado con antibióticos, broncodilatadores y con cualquier fármaco de uso común en 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, Rininitis, Sinusitis, Traqueostomías y Pre y Post-Operatorio y en especial en Cirugía Geriátrica.

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

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

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

PRECAUCION Y CONTRAINDICACIONES: Aunque no ha sido demostrada la acción teratogénica, siguiendo normas internacionales no se recomienda su empleo durante los primeros tres meses del embarazo. El uso de este medicamento durante el mismo, queda bajo la responsabilidad del médico. 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 Thomae 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

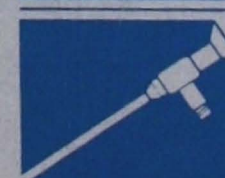
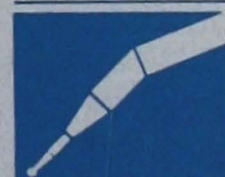
MEDIZIN-TECHNIK GMBH

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

FÓRMULA: Cada CAPSULA contiene: Cefalexina Glaxo, 250 y 500 mg. **SUSPENSIÓN:** Cada 5 ml contiene: Cefalexina Glaxo, 125 y 250 mg. Cada TABLETA contiene: Cefalexina Glaxo, 1 g. **INDICACIONES:** Ceporex es un antibiótico bactericida del grupo de las Cefalosporinas, activo contra una amplia gama de gérmenes Gram-positivos y Gram-negativos. Está indicado en el manejo de las siguientes condiciones, cuando sean causadas por gérmenes susceptibles: infecciones del tracto respiratorio, infecciones de vías urinarias, infecciones ginecológicas y obstétricas, infecciones de piel y tejidos blandos, infecciones del hueso, oído y gonococo, infecciones dentales. **ESPECTRO ANTI-BACTERIANO:** CEPOREX es activo contra una amplia variedad de bacterias gram-positivas y gram-negativas. Tanto las cepas de estafilococos productoras de penicilinas como las no productoras de penicilinas son susceptibles; sin embargo, las cepas metilconesistas, 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*), protozoos o virus. **DOSIIFICACION: ADULTOS:** La mayoría de las infecciones responden a la dosis de 1-2 g diarios divididos 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. Sífilis: 1 g dos veces al día. **Gonococo:** HOMBRES: 3 g + 1 g de Probenecid. MUJERES: 2 g + 0.5 g de Probenecid. NIÑOS: 25-60 mg/kg/día, aumentando hasta 100 mg/kg/día en casos graves, sin sobrepasar 4 g al día se recomienda el siguiente esquema: 0-3 meses—40.5-125 mg dos veces al día; 4 meses-2 años—125-250 mg dos veces al día; HOMBRES: 3 g y 3-4 años—250-300 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 sífilis se recomienda continuar con el tratamiento durante dos semanas. En pacientes con insuficiencia renal la dosis máxima recomendada (adultos 8 g/día y niños 4 g/día). Se deberá reducir proporcionalmente. Pacientes adultos bajo diálisis deberán recibir 500 mg de Ceporex adicionales después de la diálisis y en el caso de niños, 8 mg/kg.

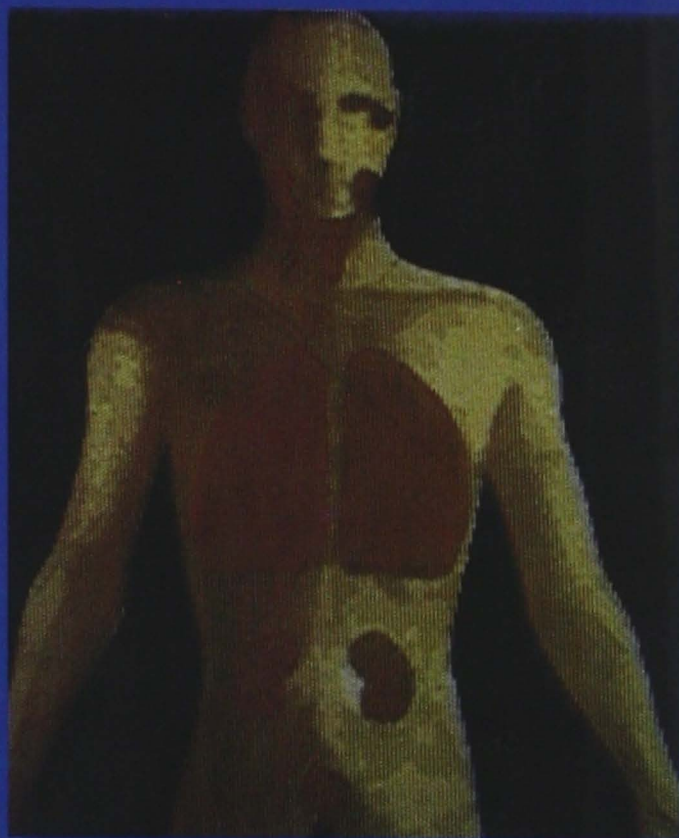
CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a las cefalosporinas. **PRECAUCIONES:** La experiencia clínica no ha demostrado teratogenicidad por Ceporex, sin embargo, al igual que con todos los medicamentos, su empleo durante el primer trimestre del embarazo se debe hacer con precaución. En los pacientes tratados con Ceporex, puede ocurrir una reacción falsa positiva para la glucosa en la orina, con la solución Benedict o Fehling, o con tabletas Clinintest, 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 ocurrir superinfección (algunas veces mortales) y en ocasiones vulvovaginitis. Raramente ha ocurrido neutropenia reversible en algunos pacientes. Son poco comunes las erupciones generalizadas, urticaria o erupción maculopapular generalizada, pero en pacientes alérgicos a las penicilinas no puede excluirse completamente una reacción cruzada. **SOBREDOSIFICACION:** Los niveles de cefalexina se pueden reducir por medio de diálisis. **PRESENTACIONES:** Ceporex Cápsulas: Caja con 12 cápsulas de 250 mg o 500 mg. Ceporex Suspensión: Frascos de 100 ml con 125 o 250 mg por 5 ml. Ceporex Tabletas: Caja con 6 tabletas de 1 gramo.

Ceporex es marca registrada. Su venta requiere receta médica. No se debe al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos. Reg. Nos. 74530, 75240 y 131M61, S.S.A. I. Med. NIE-15142

Glaxo de México, S.A. de C.V.
Cerrano 132, Col. Granja Esmeralda
06610 México, D.F.
Glaxo Holdings, Ltd.
Londres, Inglaterra

MEMBER OF
amif

Resultados desde la primera toma. Recuperación más rápida.



Beneficios del tratamiento de las infecciones comunes.

Ceporex

Cefalexina, Glaxo

Glaxo

Pionero en Penicilinas;
Líder en Cefalosporinas

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

ANTI-INFLAMATORIO 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



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 metilicina); *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 peroperatorio y en forma profiláctica.

III. DOSIS Y ADMINISTRACION

Para su administración intravenosa, **UNASYNA** debe ser reconstituido 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 lidocaina 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, infantiles y neonatos es de 150 mg/kg (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 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 aminoglicósidos 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 el uso en el embarazo.

VI. PRECAUCIONES

Es esencial una constante observación de signos de sobrepopulación 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 flebitis 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 alanino transaminasas.

VIII. PRESENTACION Y COMPOSICION

La combinación subactam sódico/ampicilina sódica para uso 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 metilicina); *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-positivo e indol-negativo); 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 sobrepopulación 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

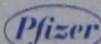
Rara vez se ha observado somnolencia, sedación, fatiga, malestar general y cefalea.

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 DIVISION FARMACEUTICA
Lider mundial en investigación de antibióticos.
Marca Registrada
Reg. No. 240M87 094M88 095M88 S.S.A.
Clave: 262-090-0889 I. Med. PKE-1817J

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 cepas resistentes a la ampicilina), *Haemophilus parainfluenzae*, *Branhamella catarrhalis*, *Neisseria gonorrhoeae* (incluso 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: *Coccos Grampositivos y Gramnegativos* (incluyendo especies de *Peptococcus* y *Streptococcus*), *Bacilos Grampositivos* (incluyendo especies de *Clostridium*) y *bacilos gramnegativos* (incluyendo especies de *Bacteroides* y *Fusobacterium*, *Propionibacterium spp.*

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

DOSIS Y ADMINISTRACION:

ADULTOS:

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

NIÑOS:

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

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

CONTRAINDICACIONES:

* Pacientes con hipersensibilidad conocida a los antibióticos cefalosporínicos

PRECAUCIONES:

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

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

EFFECTOS SECUNDARIOS:

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

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

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

PRESENTACIONES:

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



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. *Rev. Esp. 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-axétile. Etude comparative avec l'association amoxicilline/acide clavulanique en médecine pratiquante spécialisée. *J. Français d'oto-rhino-laryngo* Vol. 36, No. 3, Mars, 1989.


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

1.860. P.S.E.-2088/1

KELFIPRIM*

SULFAMETOPIRAZINA + TRIMETOPRIM Cápsulas

*la sulfa hace
la diferencia...*

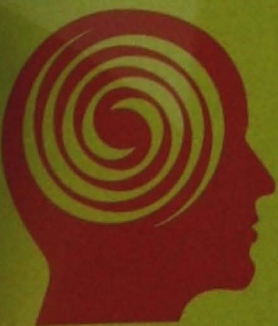
 FARMITALIA CARLO ERBA

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

antivertiginoso 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
- Laberintitis aguda
- Vértigo posicional agudo
- Vértigo por hiperventilación
- Vértigo postraumático
- Síndrome neurosensorial por insuficiencia vertebro-basilar.

DOSIS, VIA DE ADMINISTRACION Y MODO DE EMPLEO:

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

EFFECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES:

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

CONTRAINDICACIONES:

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

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

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

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:

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

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

BIBLIOGRAFIA:

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

® Marca Registrada

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

Ref. Mdf. 360-88
I. Méd. : NCE 550/J

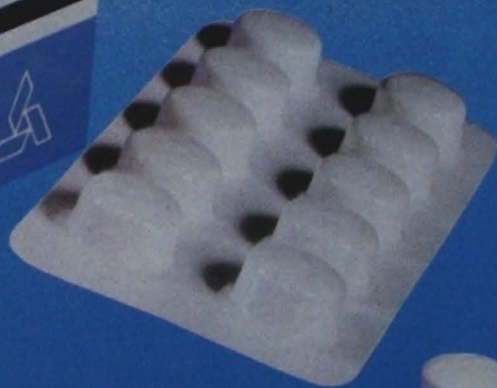
- es eficaz en vértigo ⁽¹⁾
- es superior a cinarizina ⁽²⁾
- mejora la circulación del oído interno ⁽³⁾

ROUSSEL

GRUPO ROUSSEL, S.A. DE C.V.
Av. Universidad No. 1738
C.P. 04500 México, D.F.



AHORA...



M. 1.8500

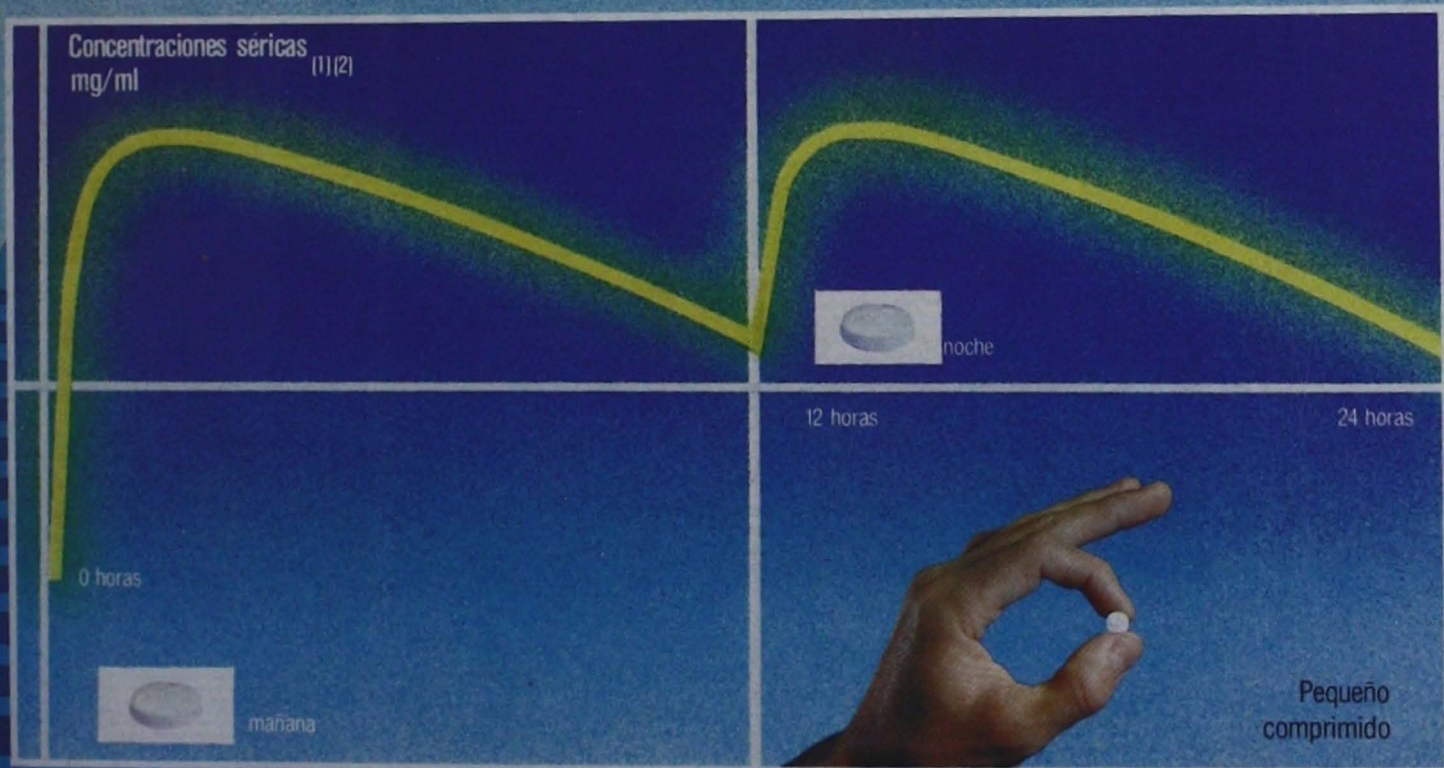
nuevos horizontes en el tratamiento
de infecciones de vías respiratorias

NUOVO

RULID[®] 150mg

roxitromicina

antibiótico oral
con cinética innovadora



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

ROUSSEL



SINDROME VERTIGINOSO



*una
cápsula
al día*

Stugeron^{MR} Retard
JANSSEN

simplicifica el tratamiento del
síndrome vertiginoso

Rocephin

Solución Inyectable
Antibiótico betalactámico de amplio espectro y de acción prolongada

FORMULA: Cada frasco ampola 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 ampola 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 bacterias 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 tanto grampositivas como gramnegativas y es altamente estable en suero. 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, heridas. - Infecciones en pacientes inmunodeprimidos. - Infecciones renales y urinarias. - Infecciones respiratorias (neumonía, O.R.L.). - Infecciones genitales (incluyendo gonorreas). - Profilaxis quirúrgica. **DO-SIFICACION:** 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 > 50 kg, adultos y ancianos	1-2 g	4 g
In 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 coexiste 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, fiebril (que puede prevenirse si se aplica adecuadamente). Náuseas, vómito, estomatitis, glositis. 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 hematológicas periódicas. Aunque no se ha reportado efecto teratogénico 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 ampola (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 ampola (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 metilcina), *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*, *Streptococcus faecalis*, *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.
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 diarrea*, náusea* y vómito*. Igual que con otros antibióticos de amplio espectro, han habido algunos reportes raros de enterocolitis pseudomembranosa*. También se ha reportado cefalea*.

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

PRESENTACIONES:

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

Literatura exclusiva para médicos.
Su venta requiere receta médica.
No se deje al alcance de los niños.
Reg. No. 021M9 S.S.A.

Glaxo
Pionero en Penicilinas

Stugeron Retard

JANSSEN



INFORMACION PARA PRESCRIPCION STUGERON® RETARD CAPSULAS JANSSEN

PROPIEDADES: STUGERON® RETARD inhibe la vasoconstricción directa y la vasoconstricción inducida por sustancias vasoactivas. STUGERON® RETARD protege a los endotrios 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 cerebral 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 disturbio vestibular y sus manifestaciones autonómicas y reduce o previene los episodios agudos. Los niveles más altos de plasma se obtienen de una a 3 horas después de la administración. STUGERON® RETARD desaparece 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 genética. Síndrome vertiginoso de cualquier etiología, síndrome de Meniere y vértigos por accidente 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 un tratamiento prolongado. En caso necesario se deberá discontinuar el tratamiento. **PRECAUCIONES:** STUGERON® RETARD puede causar somnolencia, particularmente al inicio del tratamiento. Por lo tanto se deberá tener precaución cuando se use concomitantemente con depresivos del Sistema Nervioso Central.

USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Aunque en estudios en animales STUGERON® RETARD no ha mostrado efectos teratogénicos, como todas las drogas, deberá usarse durante el embarazo 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 no 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.

DOSIS: Una capsula al día. Se recomienda tratamientos prolongados, en el síndrome vertiginoso se aconseja un tratamiento no inferior a 80 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 20 mg/100 ml.

EFFECTOS SOBRE HABILIDADES AL CONDUCIR Y USO DE MAQUINARIA: Puede ocurrir somnolencia, especialmente al inicio del tratamiento, por lo tanto, se deberá tener precaución en actividades de conducción de automóviles y operación de maquinaria peligrosa. **PRESENTACION:** STUGERON® RETARD se presenta en caja con 15 y 30 capsulas de liberación prolongada, conteniendo cada capsula 150 mg de Cinnarizina alta densidad. Reg. No. 243M87 SSA. I. Med. OBE-329/J. *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

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: Empiema, neumonías, abscesos pulmonares. Infecciones intraabdominales: Peritonitis y abscesos. Infección pélvica inflamatoria: Endometritis, abscesos tuboováricos. Infecciones postquirúrgicas. Infecciones dentarias: Abscesos periapicales y gingivitis.

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

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

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

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

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

INTERACCION MEDICAMENTOSA: DALACIN C fosfato no deberá mezclarse en soluciones que contengan: Ampicilina, difenilhidantoinato, barbitúricos, aminoflilina, 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 GRAEAS CON NUCLEO ENTERICO
loratadina y sulfato de pseudoefedrina

DESCRIPCION: Cada gragea de CLARITYNE-D REPETABS contiene 5 mg de loratadina en la cubierta de la gragea y 120 mg de sulfato de pseudoefedrina distribuidos igualmente entre la cubierta de la gragea y el nucleo con cubierta separadora. Los dos componentes activos en la cubierta exterior son liberados rápidamente, la liberación del agente descongestionante del nucleo se demora varias horas. Otros ingredientes presentes en las grageas incluyen lactosa, almidón, polivinilpirrolidona, estearato de magnesio, acacia, butilparabeno, azúcar, sulfato de calcio, rosina, zinc, ácido cítrico, jabón, talco, dispersión colorante líquida blanca, dióxido de titanio, cera blanca y cera carnáuba.

INDICACIONES Y USO: Las grageas de CLARITYNE-D REPETABS están indicadas para el 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.

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

CONTRAINDICACIONES: 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, mecamilamina, reserpina y alcaloides derivados del veratrum, pueden ser reducidos por los complejos 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.

PRECAUCIONES: Se debe suspender la administración de agentes anti-histamínicos aproximadamente cuatro días antes de realizar procedimientos de pruebas cutáneas ya que estos fármacos pueden impedir o disminuir las reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica. El agregado in vitro de pseudoefedrina a sueros que contienen la enzima cardíaca MB a 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 de CLARITYNE-D REPETABS fue comparable a la observada con placebo, a excepción del somnolencia y boca seca, las cuales se comunicaron con el agente activo. Otras reacciones adversas comunicadas, asociadas con CLARITYNE-D GRAEAS REPETABS y con placebo, incluyeron cefalegia y somnolencia.

CONTRAINDICACIONES: Las grageas de CLARITYNE-D REPETABS están contraindicadas en pacientes que han demostrado sensibilidad o idiosincrasia a sus componentes, a agentes anti-histamínicos y a otros fármacos de estructura química similar. Las grageas de CLARITYNE-D REPETABS también están contraindicadas en pacientes a tratamiento con inhibidores 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 hipertrófico.

PRECAUCIONES: Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes con glaucoma, úlcera péptica estenosante, obstrucción piloro-duodenal, hipertrofia prostatica o obstrucción del cuello de la vejiga, enfermedad cardiovascular, aumento de la presión arterial o diabetes mellitus.

PRECAUCIONES: Los agentes simpaticomiméticos pueden estimular el SNC y causar convulsiones y colapso circulatorio asociado con hipotensión.

PRECAUCIONES: Los pacientes mayores, también es más probable que los simpaticomiméticos causen reacciones adversas como confusión, alucinaciones, temblores, vértigo, náuseas, vómitos, C y muerte. Por lo tanto, debe procederse con cautela cuando se administre una fórmula de acción repetida a pacientes ancianos.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

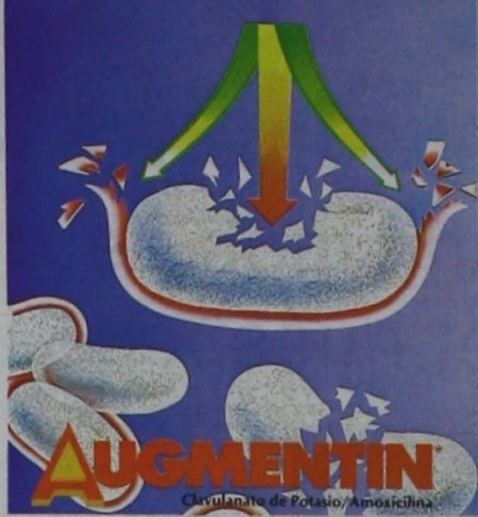
uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.

uso y dependencia de drogas: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina.



El antibiótico de elección... en la práctica diaria

AUGMENTIN INFORMACION PARA PRESCRIBIR

DESCRIPCION: AUGMENTIN es un antibiótico de amplio espectro compuesto por Amoxicilina y Clavulato de Potasio, ambos son betalactámicos, el clavulanato se anticipa al mecanismo de defensa bacteriano con un bloqueo 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 SECUNDARIAS:** 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. **DOSSIS ADULTOS:** AUGMENTIN tabletas se prescribe en adultos con peso mayor de 40 kg, cada 8 horas por 5 a 10 días de terapia. **DOSSIS EN NIÑOS:** AUGMENTIN suspensión se administra en base a la amoxicilina 20 mg/kg/día excepto en sinusitis, otitis y neumonía en que la dosis es de 40 mg/kg/día. La suspensión junior es apropiada en niños de 5 a 7 años usando 1/2 cucharadita cada 8 horas y en niños de 8 a 12 años 1 cucharadita cada 8 horas. En ambos casos el tratamiento es de 5 a 10 días de terapia. La suspensión pediátrica es apropiada para niños de 3 meses a 4 años y cuenta con una pipeta dosificadora graduada en kilogramos y mililitros para facilitar su administración.

5-6 kg	=	1.5 ml
7-8 kg	=	2.0 ml
9-10 kg	=	2.5 ml cada 8 horas por
11-12 kg	=	3.0 ml 5 a 10 días de terapia
13 kg	=	3.5 ml
14 kg	=	4.0 ml

No hay una presentación adecuada para niños menores de 3 meses. AUGMENTIN se debe administrar con los alimentos. **PRESENTACIONES:** AUGMENTIN Tablet: Amoxicilina 500 mg y Clavulanato de potasio 125 mg en frasco con 10 AUGMENTIN Suspensión Junior Frasco de 60 ml conteniendo 250 mg de Amoxicilina y 62.5 mg de Clavulanato de potasio por cada 5 ml. AUGMENTIN Pediátrico Suspensión Frasco de 60 ml conteniendo 125 mg de Amoxicilina y 31.25 mg de clavulanato de potasio por cada 5 ml con pipeta dosificadora.

BIBLIOGRAFIA:
1.- J. R. Coll. Pract. 1984, 34 (259): 92.
2.- Postgrad. Med., 1984, (Suppl. Sept/Oct): III.
3.- Postgrad. Med., 1984, (Suppl. Sept/Oct): 199.

Regs. No. 068M82 y 079M84
* Marca Registrada
Literatura exclusiva para médicos.
Su venta requiere receta médica.
I. Med. QLE-1935/J
Miguel Angel de Quevedo No. 307 Coyoacán
C. P. 04310 México, D. F.
CLAVE 36503051



PARA MAYOR INFORMACION COMUNICARSE A LA DIRECCION MEDICA O VER EL PLM



PRESENTACION: Diclofenaco polásico: 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. Inflammaciones 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. Enfermas con depleción de volumen extracelular de cualquier causa. Pacientes que toman diuréticos anticoagulantes o anti-tirometabólicos. Si es necesario prolongar el tratamiento en casos excepcionales, se aconseja controlar periódicamente la función hepática y el cuadro hemático.

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

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

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

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

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



13691 CLED I. Med. QHE-1195/J I. Med. QKE-1740/J
SCHERAMEX, S.A. DE C.V.
Av. 16 de Septiembre No. 301,
Xochimilco 16090, México, D.F.

Dolor Dolor Dolor Ante los primeros síntomas de Febbrax® y/o Fiebre Fiebre Fiebre

PROPORCIONA:

**Eficacia analgésica
antipirética
Efecto prolongado
Tolerancia
Sin riesgo de hipotermia**



FEBRAX® Tabletas y suspensión. Analgésico y Antipirético. **FORMULA:** Cada tableta ADULTO contiene Naproxeno Sódico 275 mg. Paracetamol 300 mg. Cada suspensión contiene Naproxeno Sódico 275 mg. Paracetamol 300 mg. **INDICACIONES:** Febre y/o dolor. **DESCRIPCIÓN, ACCIÓN Y PROPIEDADES:** El Naproxeno Sódico es un agente antiinflamatorio, analgésico y antipirético no esteroideo. Baja la fiebre, suprime el dolor y las molestias con rapidez, prolongando su efecto hasta por 8 horas. Acción terapéutica en artritis reumatoide y dolor de cabeza. Es compatible con el tratamiento sintomático de fiebre asociado con el dolor posquirúrgico y postparto. **INDICACIÓN TERAPÉUTICA FEBRE (C/C/C):** Para el tratamiento sintomático de todas aquellas enfermedades que cursan con fiebre y/o dolor (artritis reumatoide, infecciones del aparato gastrointestinal, resfriado, resaca de alcohol y otras). **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a las formulaciones de Naproxeno Sódico y Paracetamol. Pacientes en quienes el ácido acetilsalicílico u otros antiinflamatorios/analgésicos no esteroideos hayan provocado intolerancia, asma, urticaria o nefritis. No deberá emplearse en personas que estén recibiendo, o que hayan recibido, un tratamiento con anticoagulantes heparina y/o renal, agranulocitopenia, gastritis aguda u otras úlceras, anemia y estados similares. Reacciones secundarias: cefalea, dolor de cabeza, malestar, náuseas, vómitos, diarrea, dolor de estómago, eritema y dermatitis por fotosensibilidad, anemia aplásica y

hemólisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. **EFECTOS ADVERSOS:** Reacciones secundarias: cefalea, dolor de cabeza, malestar, náuseas, vómitos, diarrea, dolor de estómago, eritema y dermatitis por fotosensibilidad, anemia aplásica y hemólisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. **PRECAUCIONES:** En enfermos con insuficiencia renal crónica deberá de ser observado el balance hídrico-electrolítico, disminuye la agregación plaquetaria y prolonga el tiempo de sangrado. Febre: se han reportado elevaciones en una fracción de las pruebas de funcionamiento hepático con fármacos de esta clase. **CONTRAINDICACIONES:** 75 mg (aproximadamente 150 mg de sodio). Deberá de tomarse con cuidado en aquellos pacientes donde la vigilia de sodio está restringida. No deberá administrarse por períodos prolongados. **USO EN PACIENTES CON FUNCIÓN RENAL ALTERADA:** Deberá tomarse con precaución en pacientes con cambios significativos en la función renal. Deberá tomarse con cuidado en aquellos pacientes que tengan una depuración de creatinina menor de 20 ml/minuto al comienzo del tratamiento. **USO EN PACIENTES CON FUNCIÓN HEPÁTICA ALTERADA:** **USO EN PACIENTES GERIÁTRICOS:** Se recomienda precaución cuando se requieran dosis altas. **USO EN NIÑOS:** No deberá administrarse Febbrax a pacientes menores de un año de edad. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:** Naproxeno se usa juntamente a las profenas

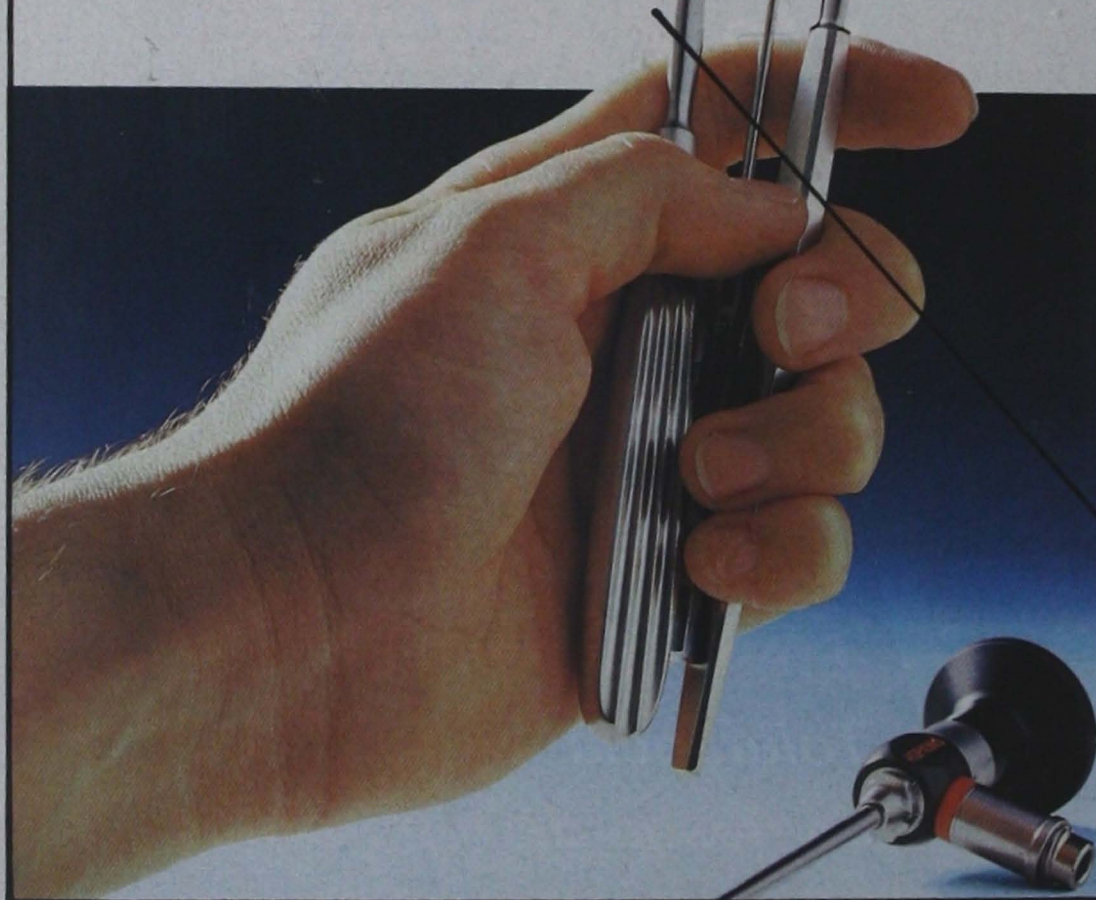
paracetamol, los pacientes que están recibiendo hidrocloruro al mismo tiempo que el Febbrax, deberán de ser vigilados cuidadosamente para prevenir posibles efectos secundarios. **EFECTOS ADVERSOS:** Reacciones secundarias: cefalea, dolor de cabeza, malestar, náuseas, vómitos, diarrea, dolor de estómago, eritema y dermatitis por fotosensibilidad, anemia aplásica y hemólisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. **PRECAUCIONES:** En enfermos con insuficiencia renal crónica deberá de ser observado el balance hídrico-electrolítico, disminuye la agregación plaquetaria y prolonga el tiempo de sangrado. Febre: se han reportado elevaciones en una fracción de las pruebas de funcionamiento hepático con fármacos de esta clase. **CONTRAINDICACIONES:** 75 mg (aproximadamente 150 mg de sodio). Deberá de tomarse con cuidado en aquellos pacientes donde la vigilia de sodio está restringida. No deberá administrarse por períodos prolongados. **USO EN PACIENTES CON FUNCIÓN RENAL ALTERADA:** Deberá tomarse con precaución en pacientes con cambios significativos en la función renal. Deberá tomarse con cuidado en aquellos pacientes que tengan una depuración de creatinina menor de 20 ml/minuto al comienzo del tratamiento. **USO EN PACIENTES CON FUNCIÓN HEPÁTICA ALTERADA:** **USO EN PACIENTES GERIÁTRICOS:** Se recomienda precaución cuando se requieran dosis altas. **USO EN NIÑOS:** No deberá administrarse Febbrax a pacientes menores de un año de edad. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:** Naproxeno se usa juntamente a las profenas



SYNTEX S.A. de C.V.
DIVISION FARMACEUTICA
CERRADA DE BEZARES No. 9
11910 MEXICO, D.F.
I MED 100 06E 122 J

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)

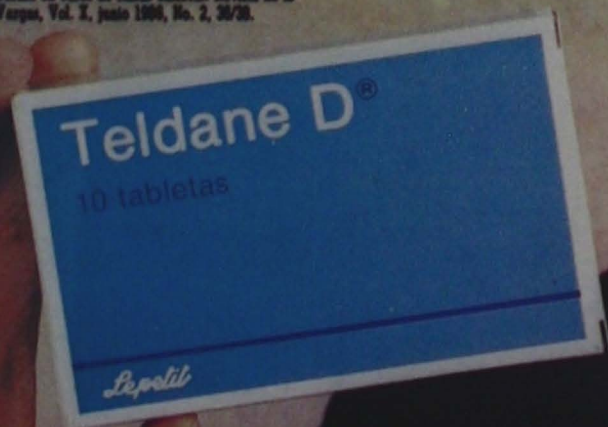
durante 12 horas,
sin somnolencia

DOBLE ACCION

REFERENCIAS

1. Crand, H.A., Kemp, J.F., Meltzer, E.O., et al: A tolerance study of terfenadine-pseudoephedrine combination in comparison to pseudoephedrine in patients with allergic rhinitis. Presented at the 43rd Annual Meeting of the American Academy of Allergy and Immunology, Washington, D.C. February 18-20, 1987.

2. Motta, E., et al: Estudio clínico multicéntrico de la combinación de terfenadina y pseudoefedrina en casos de rinitis estacional. Revista de la Fundación José María Vargas, Vol. X, junio 1986, No. 2, 26/28.



Lepetit





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 MIMI 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



ENDOSCOPIA



G. RODENSTOCK
INSTRUMENTE

OFTALMOLOGIA
Y LASER



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. TLALPAN
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