



## CONTENIDO

- Página del Director.
- Manifestaciones otorrinolaringológicas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- Atresia congénita de conducto auditivo externo.
- Antecedentes históricos de la hipofisectomía.
- Endoscopías de vías aerodigestivas. (Experiencia de 8 años).
- Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia vertebrobasilar de origen extracraneano.
- Adenocarcinoma nasal de tipo intestinal. Reporte de un caso y revisión de la literatura.
- Otitis media espontánea en rata.
- Rinorrea de líquido cefalorraquídeo pos-traumática y hematoma epidural. Presentación de un caso y revisión de la literatura.
- Notas e Informaciones.
- Cartas al Director

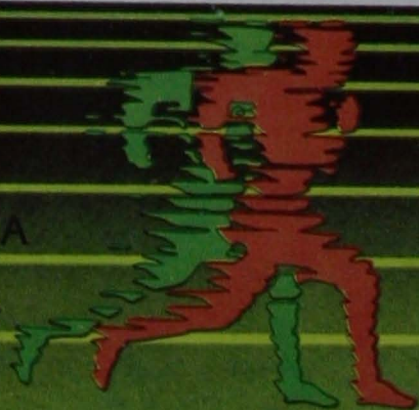


# CLARITYNE D

LORATADINA + SULFATO DE PSEUDOEFEDRINA

EN LOS PADECIMIENTOS CONGESTIVOS  
DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

 RAPIDA ACCION  ALIVIO SOSTENIDO



RINITIS ALERGICA

RINOFARINGITIS

INFLUENZA

SINUSITIS

OTITIS MEDIA

CONGESTION VIAS RESPIRATORIAS  
SUPERIORES

ESTADOS AGUDOS O CRONICOS



EN  
ALERGIAS

# CLARITYNE\*

EL ANTIALERGICO

LORATADINA 10mg UNA VEZ  
AL DIA

- 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



# AUDIOMETROS PORTATILES MAICO



## MA-41

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



# MAICO

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

## MA-39

Conducción aérea, construido para exámenes precisos pero muy portátil.

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

## MA-40

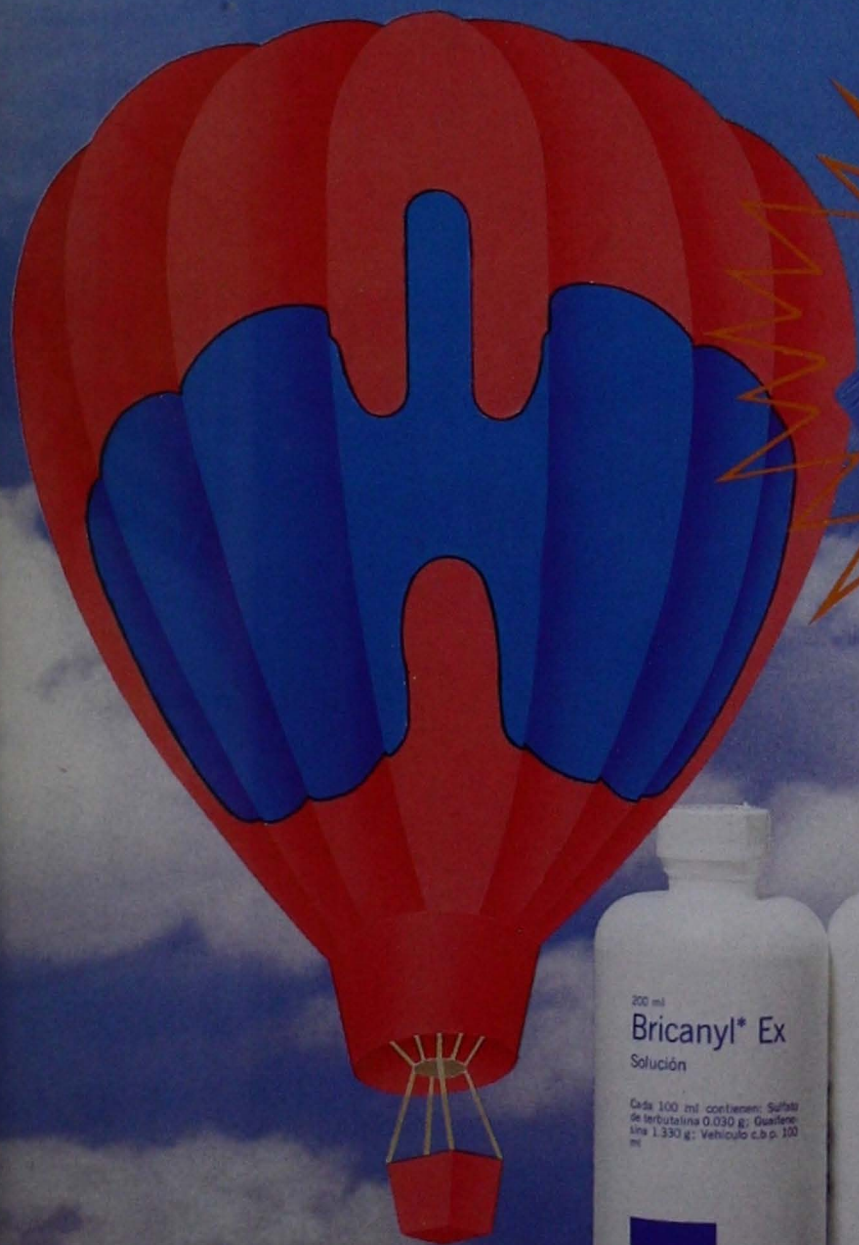
Conducción aérea y ósea, versatilidad total para médicos, escuelas e industria. Con vibrador óseo B-71 y enmascarador de banda angosta.

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

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



# ¡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**<sup>\*</sup>  
CETIRIZINA



**PRIX MEDEC 89**



Porque la alergia  
es más que histamina

**Zyrtec**<sup>\*</sup>... más que un  
antihistamínico

Hoechst 







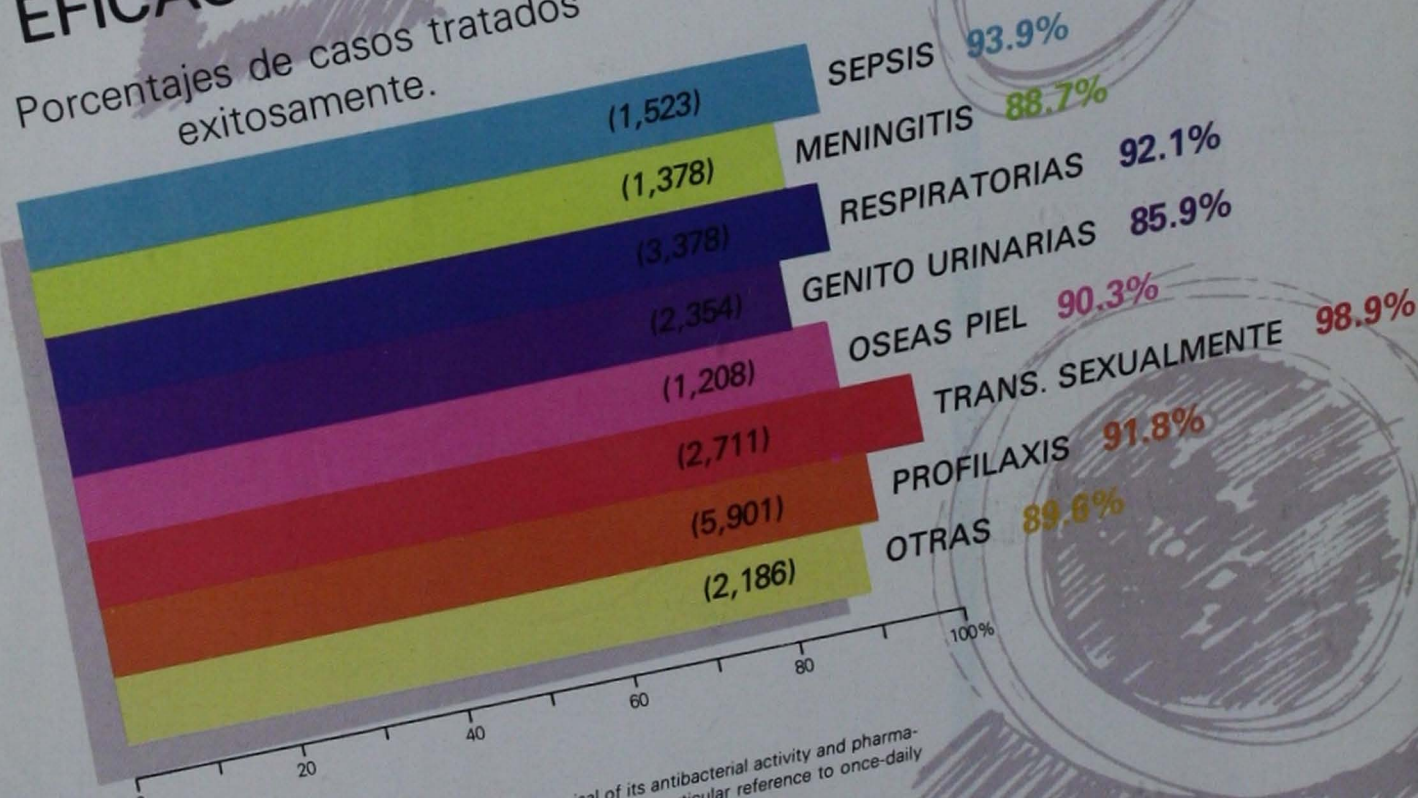
# Rocephin®

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

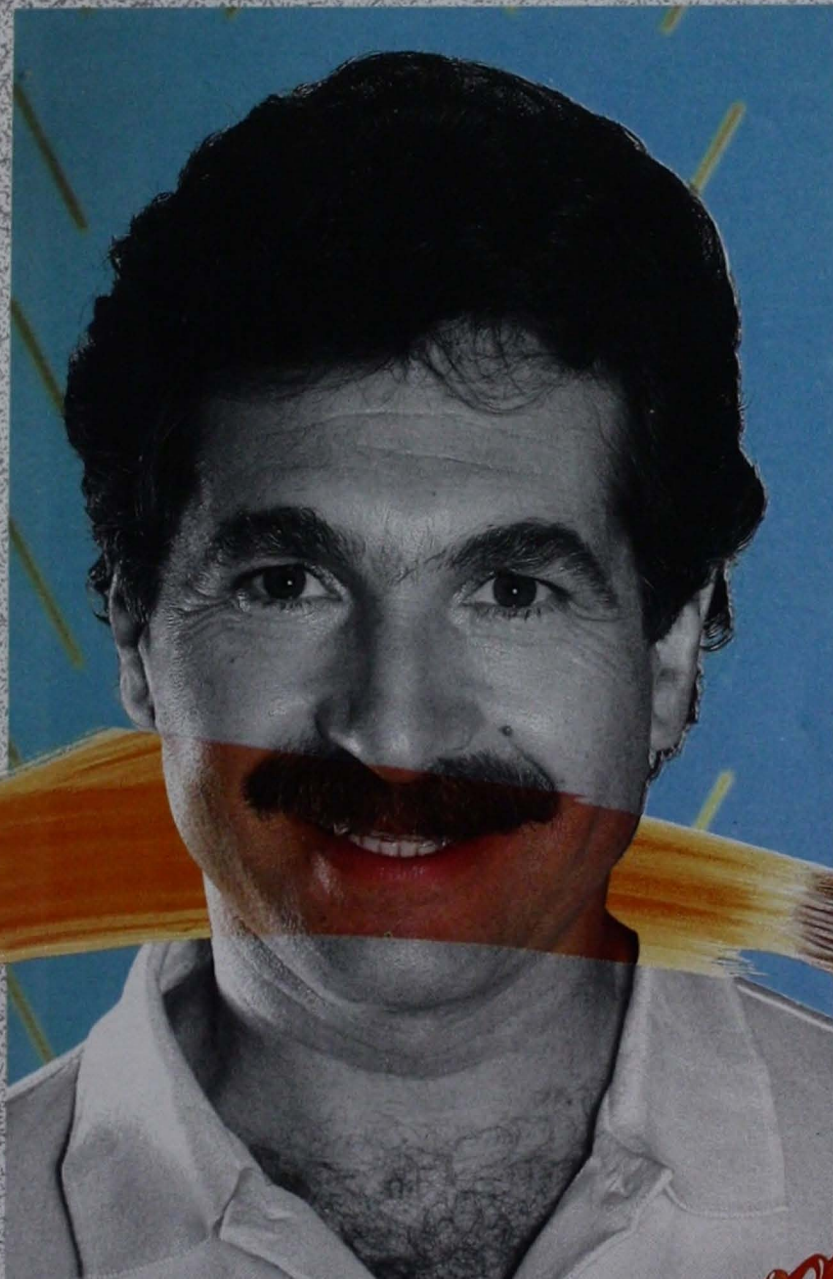




nuevo  
**cataflam\* dd**

Diclofenaco potásico

grageas de 50 mg



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

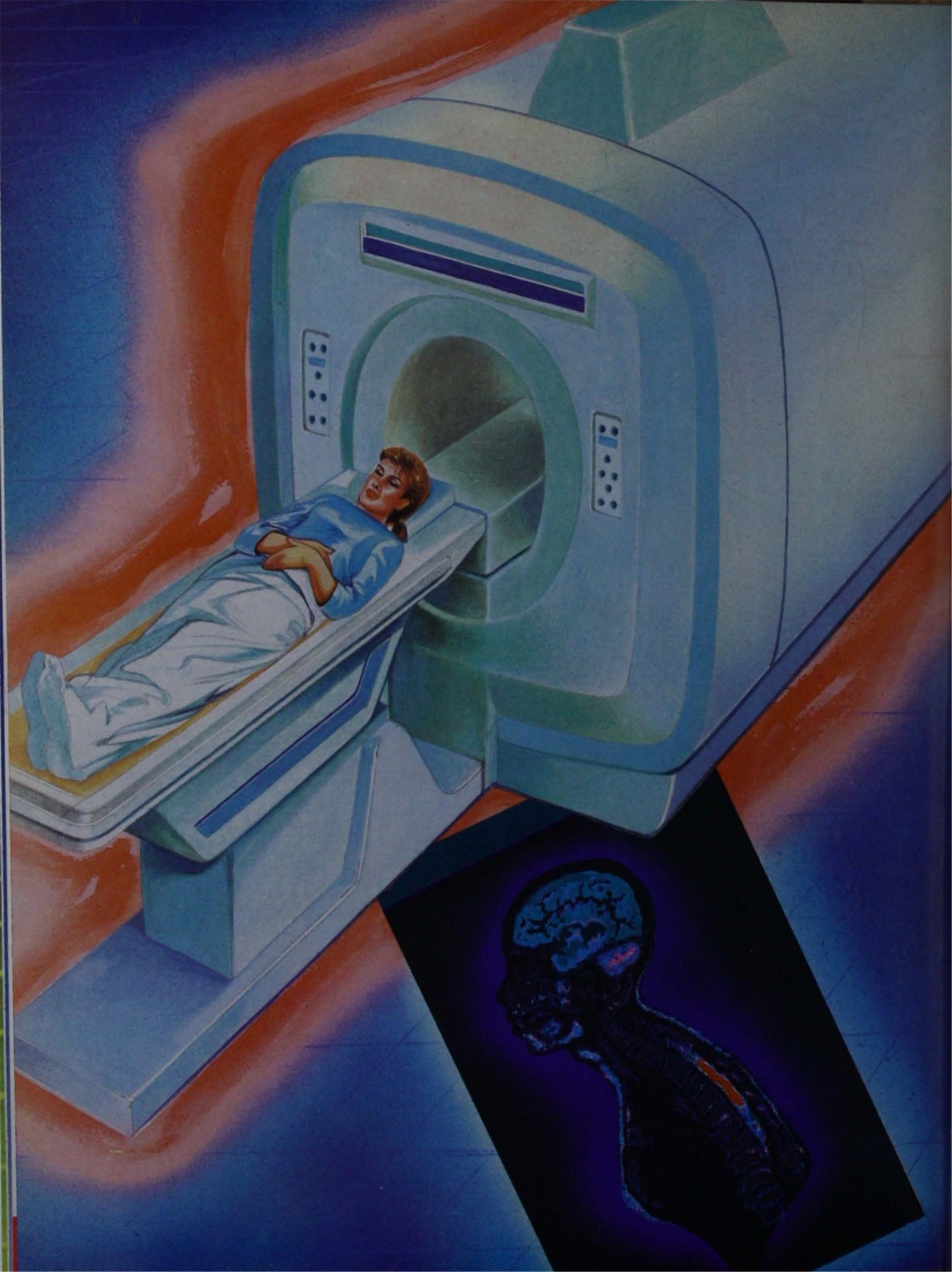
*sonrisa*

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.

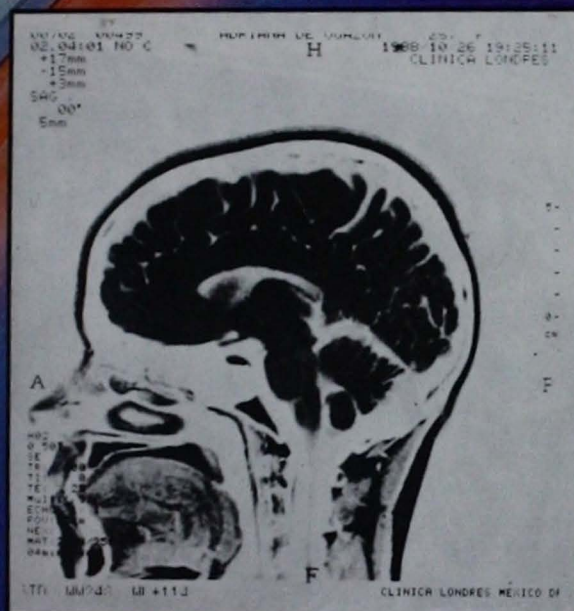
CIBA-GEIGY



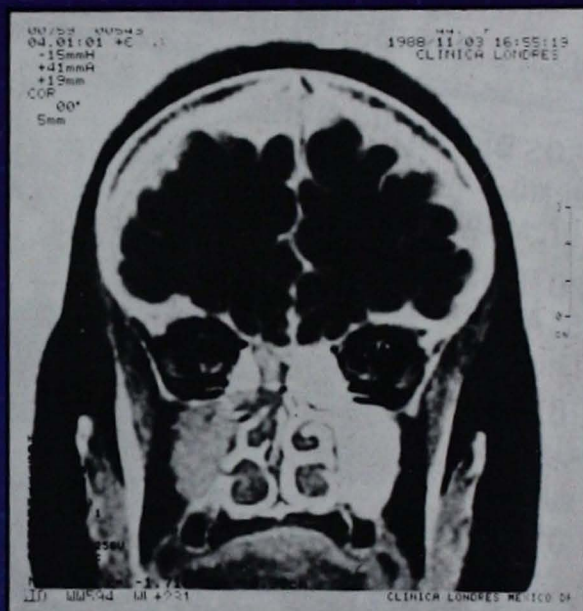




# RESONANCIA MAGNETICA UN DIAGNOSTICO PRECISO



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

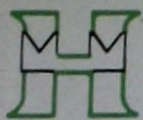
**División de Especialidades, S.A. de C.V.**

HOSPITAL No. 653  
GUADALAJARA, JAL.

44280 MEXICO

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





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

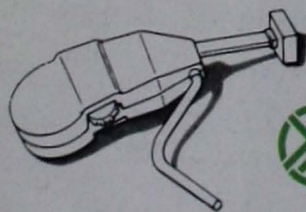
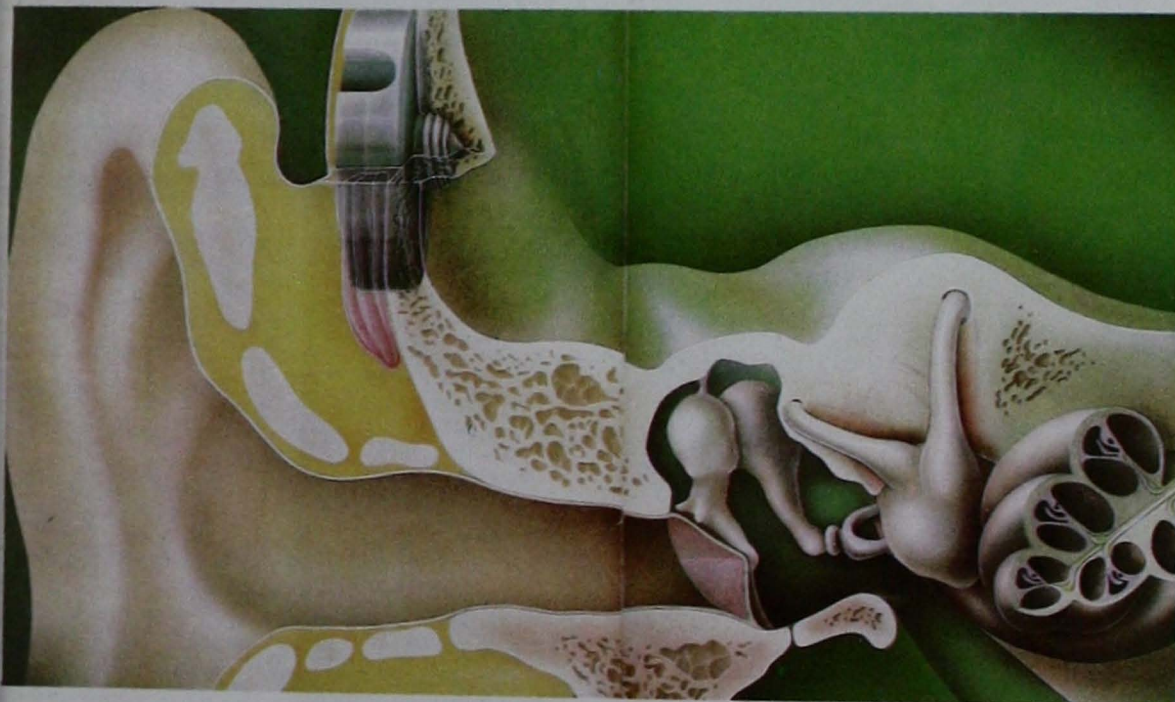


División de Especialidades,  
S.A. de C.V.

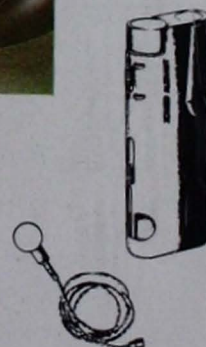
Es el Único Dispositivo que suministra una conducción directa  
al Hueso Temporal (Implante enroscado Electromagnético).

# 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

3020 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<sup>1</sup>:

— *Branhamella catarrhalis*\* — *Staphylococcus aureus*  
— *Haemophilus influenzae*\* — *Streptococcus pneumoniae*

\* Inclusive cepas ampicilino-resistentes

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

1. Prieto, J. y Grupo de Estudio Español: 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. Carbon, C. et al. Etude de la tolérance d'un nouvel antibiotique par la cohorte de pharmacovigilance. *Thromb. 43* (4 Suppl.): 369-372 (1988).

1. HAD. PLE-2095/2



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

# FLANAX<sup>®</sup>



## Por su acción

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

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

Una  
presentación  
para cada edad

Suspensión  
Cápsulas y  
Supositorios

Más de 10 años de experiencia avalan su eficacia

# FLANAX

 SYNTEX



Un nuevo mecanismo  
avanzado y diferente  
reúne:

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

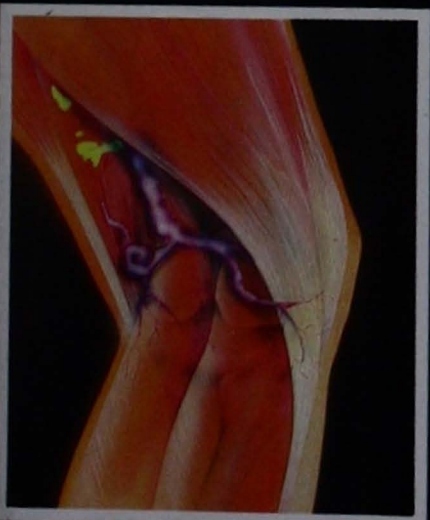
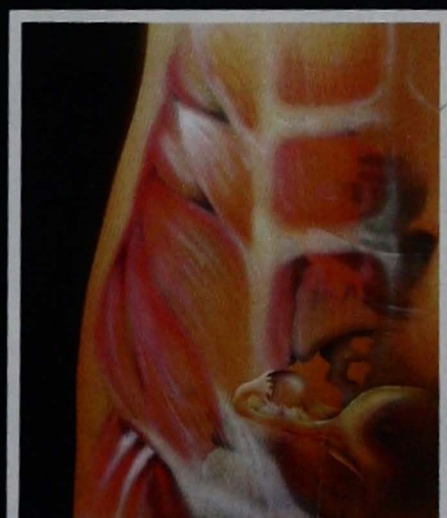
**Eskafiam**

EL ANTIINFLAMATORIO DEL TEJIDO BLANDO

\* Primer  
inhibidor  
del  
radical  
superóxido



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

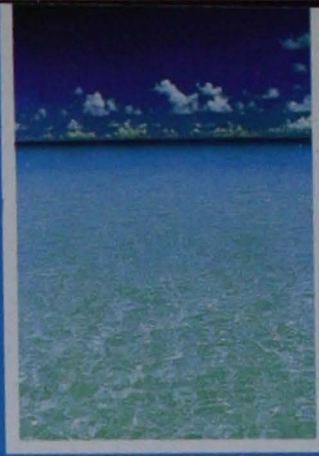


- **Traumatismos para-articulares**
- **Urología**
- **Ginecología**
- **Angiología**
- **Otorrinolaringología**

**Eskafiam**\*

EL ANTIINFLAMATORIO DEL TEJIDO BLANDO

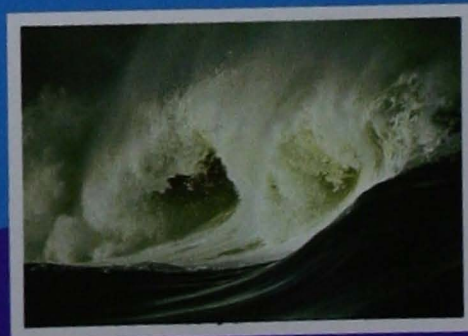




# VONTROL\*

ANTIEMETICO

es control  
cuando se presenta  
náusea y vómito





# DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA

## ANALES

VOL. XXXVII MEXICO, DICIEMBRE, ENERO Y FEBRERO 1992 NUMERO 1

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 Canem 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 . . . . .	17
Dr. Rafael García Palmer.	
Manifestaciones otorrinolaringológicas . . . . .	19
del síndrome de inmunodeficiencia adquirida	
Dr. Miguel A. Arroyo Castelazo,	
Dr. Carlos Martínez Luengas.	
Atresia congénita de conducto auditivo externo. . . . .	25
Dr. Juan Antonio Sordo Pérez,	
Dr. Bernardo Grobeisen Roudy F.A.C.S.,	
Dr. Miguel A. Durán del Castillo,	
Dr. José Alberto Galicia Sánchez.	
Antecedentes históricos de la hipofisectomía. . . . .	33
Dr. Enrique Azuara Pliego,	
Dra. María de la Paz Rodríguez Fernández.	
Endoscopías de vías aerodigestivas. (Experiencia de 8 años). . . . .	37
Dr. Jorge E. Cruz Ponce,	
Dr. Ricardo de Hoyos Parra,	
Dr. Javier Zorrilla Garza,	
Dr. José Luis Treviño González.	
Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia vertebrobasilar . . . . .	43
de origen extracraneano.	
Dr. Guillermo Escobar Aldasoro,	
Dr. Aníbal Hernández,	
Dra. Susanne Curn de Escobar.	
Adenocarcinoma nasal de tipo intestinal. Reporte de un caso . . . . .	49
y revisión de la literatura.	
Dr. Marcos A. Rodríguez Perales,	
Dr. Lorenzo González Chávez,	
Dr. Luis Victoria Vera,	
Dr. Mario Gómez Mendoza,	
Dr. Juan Felipe Sánchez Marle.	
Otitis media espontánea en rata. . . . .	53
Dr. Eduardo Montes de Oca F.	
Mvz. Emilio Arch Tirado	
Rinorrea de líquido cefalorraquídeo pos-traumática y hematoma . . . . .	57
epidural. Presentación de un caso y revisión de la literatura.	
Dr. Felipe Arriaga Rosales.	
Notas e Informaciones. . . . .	61
Cartas al Director. . . . .	62



# INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

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

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

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

4.- Página del título: es la primera página y deberá contener el título del trabajo, nombre y títulos de los autores, seguido del puesto que desempeña y sitio de trabajo. La dirección y teléfono del autor con el que se debe establecer correspondencia.

5.- Página del resumen: deberá ser claro y conciso expresando brevemente el contenido y conclusiones, sin hacer mención 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 muestra 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 Otorrinolaringologías 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

En estos días se cumplen 22 años de la fundación del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, su vida, paralela a la creación de los Consejos de Certificación de otras especialidades, ha sido fructífera y de realidades, que cada vez son más tangibles. El camino ha sido arduo, encontrando escollos, pero en resumen de una gran utilidad para nuestra especialidad y para sus miembros.

Una de las características de los Consejos, es que el mismo gremio es quien certifica la calidad de los aspirantes, al otorgarle a quien demuestre los méritos, un reconocimiento que tiene la muy especial condición, de que es valorada por sus padres.

Ante las autoridades, que en un principio nos veían con gran escepticismo, se han dado pasos muy importantes; coordinados por la Academia Nacional de Medicina, en su carácter de Órgano Consultivo del Gobierno Federal. Existen, el día de hoy, son claros los avances en el reconocimiento de los Consejos ante las autoridades de salud, académicas, y educativas, sin embargo, los logros aunque numerosos, son paulatinos y algunos los quisieran más contundentes.

En el aspecto profesional, son muchos los Hospitales Privados, que sólo aceptan dentro de su Grupo Médico a especialistas certificados por algún Consejo; también en las Instituciones se empieza a reconocer, no sólo con valor curricular, sino que a veces se obliga, el ser aconsejado para ocupar puestos de Jefatura de Servicio, por ejemplo. Y a nivel individual, muchos médicos, que en un inicio despreciaban a los Consejos, se han percatado de la realidad y ahora son promotores de los mismos.

Pero indudablemente, al menos en nuestra especialidad, el principal logro que ha tenido el Consejo, es el mejoramiento de los programas de enseñanza de las Residencias. Aunque el objetivo de todos los programas es el de formar a los muchachos en los conocimientos de la especialidad y en despertar habilidades y destrezas quirúrgicas y de investigación, siempre existe, aunque sea de una manera secundaria, el deseo por parte de los que intervienen en su educación, de que salgan bien en los exámenes del Consejo.

Esto ha desarrollado, un espíritu de superación de los diferentes Servicios de la especialidad, que como decía, redundaba en beneficio de los estudiantes. Es indudable que la calidad tanto cuantitativa como cualitativa se ha elevado en forma impresionante en los últimos 20 años. Creo poderlo analizar, por ser de una de las primeras generaciones, que nos tocó presentar los exámenes, y después por haber intervenido en muchos exámenes, como sinodal y como miembro de la Junta de Gobierno, la evolución que han tenido, la profundidad con la que se manejan ahora los exámenes, el temario cada día más amplio y profundo, y la organización de dichos exámenes que van consiguiendo una calificación más justa y uniforme, pero también obligan a una preparación mejor por parte de los aspirantes. Por otro lado el Consejo supervisa los programas de enseñanza, su aplicación y está en íntimo y constante contacto con los maestros y aun con los residentes.

Para los profesores de algunos cursos, es imperativo el que los egresados, pasen el examen del Consejo, para entregarles el diploma de aprobación de la residencia. O al menos es una condición previa para validar su residencia de tres años.

Todo este esfuerzo ha sido posible por muchos colegas nuestros que han dedicado horas de su tiempo de reposo, familia o de estudio para realizar las labores de gobierno. Algunos, invirtiendo no sólo su tiempo, sino su dinero, para desplazarse desde poblaciones lejanas al Distrito Federal.

La Junta de Gobierno, que antes dedicaba unas cuantas reuniones al año, desarrolla ahora un profundo trabajo de orden administrativo y ejecutivo, dedicando muchas horas de trabajo, análisis y preparación.

Es mucho lo que se ha conseguido en los primeros 20 años, sin embargo, lo que nos falta por ver en los próximos, será mucho más importante, creo que nuestro Consejo y los Consejos en general, llegarán mucho más allá, para cumplir más cabalmente la meta para quien en última instancia se han creado: nuestros pacientes.

Dr. Rafael García Palmer  
Director-Editor



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



## Manifestaciones otorrinolaringológicas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Dr. Miguel A. Arroyo Castelazo \*

Dr. Carlos Martínez Luengas \*\*

*Resumen.*- El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), una de las enfermedades más estudiadas y discutidas en los últimos 10 años, fue reconocida por primera vez en 1981 pero fue hasta 1983 cuando se identificó el agente causal.

En general, la inmunodeficiencia consiste en una disminución del número y función de los linfocitos T cooperadores y en un aumento de los citotóxicos.

Se ha informado en la literatura que alrededor del 40% de los pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida tienen manifestaciones en cabeza y cuello en algún momento del curso de esta patología.

En el presente estudio se revisaron 293 expedientes de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida atendidos en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, para identificar la incidencia de lesiones en cabeza y cuello asociadas al síndrome. La frecuencia encontrada en el presente estudio fue mayor que en otras series (88% y 41%)<sup>1</sup>. Las áreas afectadas en orden de frecuencia fueron las siguientes: cavidad oral, orofaringe, nariz y senos paranasales, piel de cabeza y cuello, oído medio, laringe, oído externo y glándulas salivales en relación con diagnósticos como candidiasis orofaríngea en primer lugar, sinusitis, sarcoma de Kaposi en cabeza y cuello, otitis media aguda, laringitis y otitis externa.

\* Jefe del Servicio de ORL del INNSZ

\*\* Médico adscrito al Servicio de ORL INNSZ

El conocimiento de estas manifestaciones permitirá un mejor estudio de cada patología en beneficio de los pacientes.

*Summary.*- The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), has been among the most studied and discussed diseases in the past ten year. It was recognized for the first time in 1981, but it was until 1983, when its causing agents was identified.

In general, immunodeficiency consists on a decrease, in number and function of "T" lymphocytes and increased cytotoxic.

It has been reported that about 40% of AIDS patients have head and neck manifestations in the course of this pathology.

Two hundred and ninety three AIDS patients' medical records were reviewed at the Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) in order to identify the incidence of head and neck involvement related to the syndrome. The frequency in this study was higher than the one reported in other series (88% vs. 44%).

The most frequently involved areas were the following: oral cavity, oropharynx, nose and paranasal sinuses, head and neck skin, middle ear, larynx, external ear and salivary glands., related to diagnosis such as: oral candidosis, sinusitis, head and neck Kaposi sarcoma, acute otitis media, laryngitis and otitis externa. The knowledge of these manifestations will allow



*a better comprehension of each pathology in the benefit of the patients.*

**Palabras clave:** SIDA, Inmunodeficiencia

### Introducción

En 1981 aparecieron en la literatura médica informaciones sobre infecciones por gérmenes oportunistas y trastornos de la inmunidad celular en varones homosexuales. Para 1986 se habían descrito 16,458 casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el mundo. Ese mismo año, se aisló el VIH, un retrovirus que utiliza su material genético, -RNA- utiliza a la enzima transcriptasa reversa para formar DNA e incorporarlo al material genético de la célula blanco.

Clínicamente los individuos infectados por este virus pueden estar asintomáticos o expresar la inmunodeficiencia con una amplia gama de infecciones.

El CDC (Center for Disease Control de los Estados Unidos) ha estadiado la enfermedad con el siguiente criterio:

- ESTADIO I.- Infección aguda.
- ESTADIO II.- Infección asintomática.
- ESTADIO III.- Linfadenopatía generalizada.
- ESTADIO IV.-
  - a) Síndrome de desgaste (Constitutional Disease).
  - b) Afección neurológica.
  - c) Infecciones secundarias.
    - 1.- Específicas- i.e. *criptosporidium*, *isospora belli*, *pneumocystis carinii*.
    - 2.- Cualquier otra infección intercurrente. i.e. *candida albicans*, *herpes*, etc.
  - d) Cáncer secundario., i.e., Sarcoma de Kaposi, o cáncer cloacogénico.
  - e) Otras condiciones.

Se han reportado incidencias hasta del 41% de participación de cabeza y cuello en pacientes con SIDA.<sup>1</sup>

Las vías respiratorias superiores, por ser una área amplia de contacto con el medio externo,

ofrece un lugar propicio para infecciones en pacientes inmunodeficientes.

Al revisar la literatura encontramos que los sitios más frecuentemente afectados son la orofaringe y la cavidad oral, lo cual coincide con los hallazgos del presente estudio<sup>2</sup>. Se sabe que el hongo oportunista *candida albicans* se establece en la cavidad oral, orofaringe y esófago en estos pacientes, inclusive antes de que existan infecciones aparentes en otros aparatos y sistemas<sup>3</sup>. Asimismo, en otras series se ha informado de una incidencia del 60% de infecciones en cavidad oral y orofaringe y 10% en el esófago<sup>4</sup>. Leen y Cols.<sup>5</sup> han demostrado la eficiencia del fluconazol en forma profiláctica a razón de 150 mg a la semana en dosis única para prevenir la recurrencia de candidosis de la cavidad oral y la faringe. De manera similar, Tukutuku y Cols.<sup>6</sup> han encontrado incidencias similares de candidosis oral en sus series.

Las infecciones de nariz y senos paranasales es otra complicación frecuente, ya que tienden a la cronicidad y a recurrencias frecuentes a pesar del tratamiento convencional.

Rubin, et al<sup>7</sup> opinan que está indicado el drenaje quirúrgico de los senos paranasales siempre que existan recurrencias frecuentes, cronicidad o toxicidad sistemática.

Aunque las infecciones rinosinuales son habitualmente causadas por gérmenes Grampositivos, se han reportado infecciones mixtas y micóticas con complicaciones intracraneanas<sup>8</sup>.

Las infecciones faríngeas bacterianas quedan habitualmente encubiertas por la gravedad y frecuencia de la candidiasis orofaríngea.

Las manifestaciones otológicas son, en general escasas, aunque pueden esperarse infecciones por patógenos comunes y oportunistas. Smith y Cols.<sup>9</sup> reportaron 5 casos de otosifilis en pacientes con SIDA.

Existe poca información sobre la participación de las glándulas salivales en el síndrome, sin embargo, Tunkel y Cols.<sup>10</sup> encontraron aumento de volumen de ambas parótidas en 5 individuos HIV-positivos en estadio II, sin la presentación de sintomatología salival.

Las infecciones laríngeas tampoco son frecuentes y habitualmente son consecuencia de infecciones superiores como faringitis o sinusitis.





Se ha descrito un caso de epiglotitis<sup>11</sup> que requirió traqueostomía de urgencia.

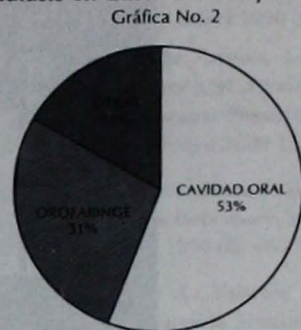
### Materiales y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, mediante revisión de 263 expedientes de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Se buscó la patología en cavidad oral, orofaringe, laringe, nariz y senos paranasales, rinofaringe, oído externo, medio e interno; cuello, glándulas salivales y piel de cabeza y cuello, a partir de las hojas de diagnóstico y las notas médicas de las consultas de especialidades y en particular, de la consulta otorrinolaringológica, independientemente del estadio de la enfermedad.

### Resultados

Se revisaron 263 expedientes de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En 232 (88.3%) se encontró patología de cabeza y cuello. Los casos quedaron distribuidos de la manera siguiente: 123 (53%) presentaron candidiasis oral por lo menos en una ocasión (Gráfica No. 2). 12 (4.7%) presentaron lesiones herpéticas en la cavidad oral y 3 (1.2%) presenta-

### Candidiasis en Cavidad Oral y Orofaringe



ron lesiones herpéticas en los labios. (Gráfica No. 1).

En faringe, 74 (31%) presentaron candidiasis; 3 (1.2%) tuvieron faringoamigdalitis aguda por estafilococo dorado. Un paciente (0.4%) presentó una úlcera de pilar anterior por antrax. Por último, 2 pacientes (0.8%) tuvieron Sarcoma de Kaposi faríngeo. (Gráfica No. 5)

En nariz y senos paranasales, 33 (14%) tuvieron uno o más ataques de sinusitis aguda. De éstos, 18 (54%) tuvieron pansinusitis; 9 (27%), sinusitis maxilar y etmoidal y 6 (18%), sinusitis frontal (Gráfica No. 3).

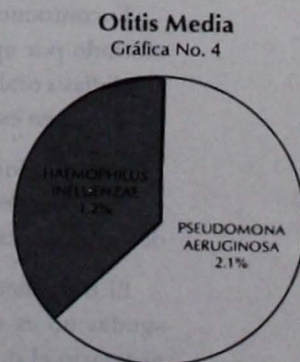
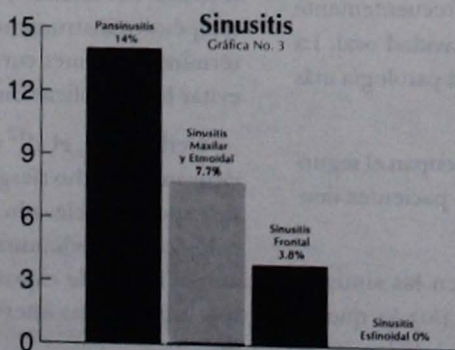
Un paciente (0.4%) presentó otitis externa por estafilococo dorado.

Un paciente (0.4%) tuvo herpes zoster ótico.

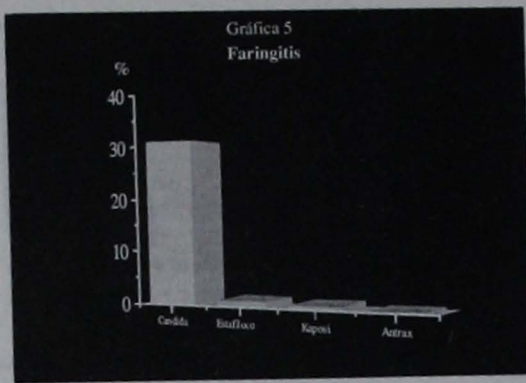
Ocho pacientes (3.4%) tuvieron infecciones agudas de oído medio y de éstos, 2 (0.8%) presentaron parálisis facial como complicación (Gráfica No. 4).

Dos pacientes (0.8%) presentaron laringitis aguda inespecífica y 1 (0.4%) tuvo laringitis por *candida albicans*.

En cuanto a la piel de cabeza y cuello. 32 pacientes (13.7%) presentaron Sarcoma de Kaposi generalizado con participación de cabeza y







cuello y 8 (13%) tuvieron este tipo de lesiones sólo en cabeza y/o cuello.

Tres pacientes (1.2%) tuvieron dermatitis seborreica y uno (0.4%) tuvo impétigo. En el cuello, no hubo ningún paciente con abscesos profundos o superficiales. Se encontró que de esta serie, 198 (85%) pacientes presentaban linfadenopatía cervical persistentes y de éstos, a 42 (18%) se les hizo biopsia. El reporte histopatológico en todos ellos fue el de linfadenopatía asociada al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

No se encontró patología de glándulas salivales.

### Discusión

A diferencia de otras series, las manifestaciones del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en cabeza y cuello son más frecuentes en el presente estudio. Marcusen y Sooy<sup>1</sup> en su serie de 399 adultos con SIDA reportan una participación del 41%; sin embargo, encontramos que la alta incidencia de manifestaciones otorrinolaringológicas en cabeza y cuello en nuestra serie es mayor (88.3%), probablemente debido a que la mayoría de nuestros pacientes (92.6%) habían llegado al estadio IV de la enfermedad en el cual las infecciones oportunistas son más frecuentes.

Encontramos que el sitio más frecuentemente afectado por oportunistas es la cavidad oral. La candidiasis oral y orofaríngea es la patología más frecuente en este estudio.

Las infecciones rinosinuales ocupan el segundo lugar en frecuencia y en estos pacientes tienden a la cronicidad.

El tratamiento conservador en las sinusitis agudas no es siempre efectivo, por lo que es necesario el drenaje instrumental de los senos

afectados. Esto coincide con los hallazgos de Rubins y Cols.<sup>7</sup>

La linfadenopatía cervical puede ser la primera manifestación del Síndrome. En el presente estudio encontramos que el 85% de los pacientes cursaron con linfadenopatía cervical en algún momento de la evolución de la enfermedad.

Las infecciones de oído no fueron frecuentes aunque encontramos un paciente con Síndrome de Ramsay Hunt de tratamiento difícil, que se asoció a parálisis facial. De los 8 pacientes que tuvieron otitis media aguda supurada. El cultivo reportó en tres, *haemophilus influenzae* encontró y, en cinco, *pseudomona aeruginosa*. Seis de estos pacientes evolucionaron satisfactoriamente y seis tuvieron como complicación una parálisis facial permanente.

No encontramos manifestaciones clínicas de afección de glándulas salivales.

Aunque no se tomó en cuenta el estadio clínico de la enfermedad, cabe mencionar que 215 pacientes (92.6%) habían llegado al estadio IV en el momento del estudio.

### Conclusiones

Las manifestaciones del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en cabeza y cuello son una causa frecuente de consulta en el servicio de otorrinolaringología del INNSZ. Las infecciones por gérmenes oportunistas constituyen la principal patología, mientras que las infecciones por patógenos habituales se dan, en menor porcentaje.

El curso de dichas infecciones tiende habitualmente a la cronicidad o a las recidivas. Las complicaciones no son frecuentes, pero cuando se presentan son graves y en algunos casos, con secuelas irreversibles. Por ello, es necesaria la terapéutica instrumental o quirúrgica en primer término, con fines curativos y, en segundo, para evitar las complicaciones.

Gerberding, et al<sup>12</sup> realizaron un estudio para determinar dicho riesgo y encontraron un riesgo de exposición elevado en cirugía vascular y ginecológica intrabdominal. No se ha determinado aún el riesgo de exposición al VIH del personal quirúrgico en las intervenciones de cabeza y cuello.



El mayor conocimiento de la índole, frecuencia y evolución de las manifestaciones otorrinolaringológicas del SIDA permitirán un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado en beneficio del paciente.

### Referencias Bibliográficas

1. *Marcusen, D.C. and Sooy, C.D.*: Otolaryngologic Manifestations of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) LARYNGOSCOPE 1985 95: 401-405.
2. *Morfeldt-Manson L.; Julander, I.; Nilsson, B.*: Dermatitis of the Face, Yellow toe Nail Changes, Hairy Lucoplakia and Oral candidosis Are Clinical Indicators of Progression to AIDS/Oppportunistic Infection In Patients With HIV Infection Scand J Infect Dis. 1989 21 (5) 9 497-505.
3. *Armstrong D.*: Oral Candidosis in HIV Infection. Lancet 1989 23-30.2 1491-2.
4. *Herdman, R.C.; Forester, S.; Stafford, N.D.; Pinching A.J.*: The Recognition and Management Of The Otolaryngologic Manifestations of AIDS. Clin. Otolaryngol 1989 14 323-32.
5. *Leen, C.L.D.; Sonmar, E.M.; Ellis, M.E.; Mandal, B.K.*: Once Weekly Fluconazole to Prevent Recurrence of Oropharyngeal Candidiasis in Patients With AIDS and AIDS Related Complex: A Double Blind Placebo Controlled Study. J. Infect 1990 21: 55-60.
6. *Tukutuku, K.; Muyembe Tamfum, L.; Kayembe, K.; Odio, W.; Kandi, K.; Ntumba, M.*: Oral Manifestations of AIDS in A Heterosexual Population in a Zaire Hospital. J Oral Pathol Med 1990 19: 232-4.
7. *Rubin, J. S.; Honigberg, R.*: Sinusitis in Patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Ear Nose Throat Journal 1990 69: 460-3.
8. *Colmenero, C.; Monux A.; Valencia, E.; Castro, A.*: Successfully Treated Candida Sinusitis in an AIDS Patient. J. Craneomaxillofac Surg 1990 18 175-8.
9. *Smith, M.E.; Canalies, R.F.*: Otolaryngic Manifestations of AIDS: the Ootosyphilis connection. Laryngoscope 1989 99: 365-72.
10. *Tunkel, D.E.; Lousy, M.C.; Fox, C.H.; Goins, M.A. 3d; Jones, M.E.*: Bilateral Parotid Enlargement in HIV seropositive Patients. Laryngoscope; 1989 99: 590-5.
11. *Rothstain, S.G.; Persky, M.S.; Edelman, B.A.; Gittleman, P.E.; Stroschein, M.*: Epiglottitis in AIDS Patients Laryngoscope 1989 99: 389-92.
12. *Gerberding, J.L.; Littell C.; Brown A. Scheter W.F.; Terkington A.*: Riesgo de exposición a sangre durante cirugía. Infectología, 1991 11: 371-379.



---

**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 !!!**

---



## Atresia congénita de conducto auditivo externo

Dr. Juan Antonio Sordo Pérez. \*

Dr. Bernardo Grobeisen Roudy. F.A.C.S. \*\*

Dr. Miguel A. Durán del Castillo. \*\*\*

Dr. José Alberto Galicia Sánchez. \*\*\*\*

Trabajo presentado en el XIII Congreso de la Fesormex Mazatlán Sin. México. Octubre 1991.

*Resumen:* Los problemas congénitos de oído son una seria preocupación por el aspecto estético y funcional de los mismos. Los padres y el paciente presentan muchas dudas en cuanto al pronóstico y los resultados que se puedan obtener mediante su corrección. El otólogo debe estar preparado para contestar esas preguntas y deber tener un conocimiento adecuado de la anatomía y el origen embriológico del órgano en cuestión, así como experiencia en el abordaje de estos problemas para poder ofrecer un mejor resultado.

Hacemos una revisión de la literatura más reciente del tema y la presentación de tres casos totalmente diferentes, así como la forma de manejo y su resultado a largo plazo.

*Summary.*-The ear congenital malformation represents a serious concern about the aesthetical and functional results. The patients and parents must have a correct information given by the otologist to answer the doubts that relates the prognosis and expectations of the treatment. The physician must have an adequate knowledge of the anatomy the embryology and experience in the corrective surgery to obtain the best results. A revision of recent literature and the presentation of three completely different cases with the treatment modalities and the long term results is made

**Palabras clave:** Atresia congénita, oído, cirugía otológica.

### Introducción

Es un defecto congénito con hipoplasia del conducto auditivo externo, asociado a malformación en diferentes grados, del pabellón, oído medio y ocasionalmente oído interno. Varían en combinación y severidad. Es bilateral en el 30% de los casos y predomina en hombres y en el lado derecho.

La ansiedad de los padres es por el aspecto estético, la del otólogo por el aspecto funcional. El estudio de estos pacientes debe ser global; desde la exploración física hasta audiológica y radiográfica para planear el tratamiento más adecuado y tener un mejor pronóstico. Su asociación a síndromes como el de Treacher Collins, Crou-

\* Residente tercer año ORL Hospital Español.

\*\* Otorrinolaringólogo, Hospital A.B.C.

\*\*\* Cirujano plástico, Hospital A.B.C.

\*\*\*\* Médico ayudante, Hospital A.B.C.



zon, Klippel Feil, etcétera, empeoran el pronóstico para poder corregir quirúrgicamente la hipoacusia conductiva.

La decisión quirúrgica debe esperar hasta cumplidos los 5 años de edad, en que se logra la máxima neumatización del hueso temporal y se interviene cuando la malformación es bilateral; esperando en los unilaterales hasta la adolescencia en que se valorará la necesidad de intervenir.

Al momento de decidir el tratamiento quirúrgico, se debe de contar con un estudio audiométrico y radiográfico adecuados para la planeación correcta. Cirugía sólo para los casos en que la audición se acerque a lo normal, el no tenerla no justifica la intervención.<sup>1</sup>

#### a) Embriología:

El pabellón auricular, el conducto auditivo externo y el oído medio son derivados de la hendidura y arcos branquiales I y II. Las anomalías de estas estructuras son independientes del oído interno que se origina del ectodermo a partir del otocisto.<sup>2,3</sup> Las de oído interno resultan en hipoacusia sensorial, las del externo en hipoacusias conductivas que pueden ser corregidas quirúrgicamente.

Todas las anomalías son variables y es raro encontrar dos casos idénticos. Las variaciones pueden ser infinitas pero se toma una base de cinco grupos de malformaciones básicas, las cuales nos orientan al origen del defecto del desarrollo embriológico:

#### 1.- Quistes y fistulas pre-auriculares:

Descritas por Altman en 1951, a causa de fusión de partes de arcos I y II. Predominando, en el 85%, origen en el II arco branquial. Con formación de quistes pre-auriculares. Tanto los quistes como las fistulas pueden encontrarse independientes.

#### 2.- Malformación de primera hendidura branquial:

Produce fistulas en conducto auditivo externo. Tipo I: con quiste retroauricular que duplica al conducto auditivo externo y drena al mismo. Tipo II: con fistula a piel que sale medial e inferior al conducto auditivo externo y anterior y posterior al nervio facial, dirigiéndose hacia el ángulo mandibular. El tratamiento es la excisión quirúrgica para evitar recidivas.

#### 3.- Anormalidad de arcos I y II que sólo afectan cadena oscicular:

Primer arco branquial: forma la cabeza del martillo y la apófisis corto del yunque.

Segundo arco branquial: mango del martillo, apófisis largo del yunque, cabeza y cruras del estribo.

Cápsula ótica: platina del estribo.

Conducto auditivo externo y membrana timpánica: origen mesodérmico de la primera hendidura branquial. Por todo ello el que puedan ser independientes las malformaciones dependiendo de la edad gestacional en que se produzcan. Así, hipoacusias conductivas en niños de hasta 40-60 dB, con conducto auditivo externo y membrana timpánica normales sin antecedentes traumáticos que sugieran la malformación de la cadena con infinidad de combinaciones y presentación de las mismas, así, como la corrección quirúrgica da una variedad importante teniéndose que adaptar a lo encontrado.

#### 4.- Deformidades de la hendidura branquial que no toman cadena:

El conducto auditivo externo se forma por resorción de las células epidérmicas de la primera hendidura y al completarse la capa externa de la membrana timpánica. El hueso timpánico (conducto auditivo externo óseo) de la condensación mesenquimática del anillo timpánico. La malformación de éste origina la placa atrésica, lo que en conjunto, clínicamente representa la atresia del conducto auditivo externo.

Malformación de membrana timpánica, conducto auditivo externo y meato, no incluyen necesariamente malformación de la cadena; su tratamiento quirúrgico requiere la remoción del meato para observar la cadena y permitir la reconstrucción del conducto, cubierta con injerto sobre éste y la cadena.

#### 5.- Microtia, agenesia de conducto auditivo externo, malformación de membrana timpánica y cadena oscicular, con o sin anomalías del nervio facial:

Son las alteraciones más graves del oído. Muy relacionadas con microsomía craneo-facial y anomalías mandibulares.

Neurman<sup>1</sup> clasifica estas alteraciones como:



**GRADO I:** Pabellón pequeño, malformado, pero con forma característica. Atresia de conducto auditivo externo.

**GRADO II:** Remanente vertical de piel y cartilago. Pequeño orificio y atresia completa de conducto auditivo externo.

**GRADO III:** Pabellón ausente, excepto por lóbulo y un pequeño remanente de piel y cartilago.

Altman<sup>1</sup> realiza una subclasificación según la severidad de la malformación:

**GRUPO I:** Malformación leve: Conducto auditivo externo pequeño pero presente. Hipoplasia del hueso timpánico y membrana timpánica pequeña. Oído medio normal. Cadena malformada en diversos grados y buen desarrollo mastoideo.

**GRUPO II:** Malformación moderada: Ausencia de conducto auditivo externo, oído medio pequeño y malformación del contenido. Martillo y yunque deformados y fusionados; buen desarrollo mastoideo. Es el grupo de mayor presentación.

**GRUPO III:** Malformación severa: Ausencia de conducto auditivo externo, hipoplasia de oído medio, cadena muy deformada. Pobre desarrollo mastoideo.

La malformación de oído medio está más en relación con deformidad de articulación temporomandibular que con el aspecto del pabellón y el conducto auditivo externo.

Schuknecht<sup>1</sup> revisa todas las clasificaciones y conjunta los hallazgos clínicos con los quirúrgicos englobándolas en cuatro tipos:

**ATRESIA TIPO I:** Deformidad del pabellón ocasional, estenosis meatal, colesteatoma del conducto auditivo externo, membrana timpánica y oído medio; cadena oscilar normal.

**ATRESIA TIPO II:** Microtia ocasional, estenosis del meato en forma parcial, conducto auditivo externo tortuoso; anomalías frecuentes de membrana timpánica y martillo.

**ATRESIA TIPO III:** Microtia frecuente, atresia meatal total, estenosis fibrosa y placa atrésica de conducto auditivo externo. Ausencia de manubrio del martillo; estribo móvil, nervio facial se encuentra en situación anterior.

**ATRESIA TIPO IV:** Microtia frecuente, atresia meatal, estenosis fibrosa y placa atrésica del conducto auditivo externo. Ausencia de membrana timpánica, hipodesarrollo de oído medio. Malformación severa de huesecillos y facial aberrante.

Estenosis del conducto auditivo externo de 2 mm o menor, presentan en el 91% colesteatoma del conducto auditivo externo, y deben ser explorados quirúrgicamente por todas las complicaciones que pueden presentar<sup>4</sup>. Reconociéndose incluso abscesos retroauriculares intratables, secundarios a la presencia del colesteatoma.<sup>5</sup>

La anomalía del nervio facial tiene relación con el desarrollo de la cadena y generalmente se presenta de dos formas; con desplazamiento anterior cubriendo el estribo y la ventana oval móviles ambos, ó totalmente aberrante y frecuente agenesia de ventana oval.<sup>6</sup> Por lo que este tipo de patología deber ser cuidadosamente explorada en el momento de la cirugía para evitar daño importante.

#### b) Diagnóstico:

En la mayoría de los casos las anomalías externas son evidentes a la exploración física y las internas deben ser exploradas cuidadosamente; enfocándose principalmente a los estudios audiológicos y radiológicos que nos dirigirán hacia la calidad de la anomalía; probable reconstrucción, vías de abordaje y pronóstico.<sup>7,8</sup>

La audiometría tonal nos mostrará el tipo de hipoacusia; por lo general conductiva y, según la severidad de la malformación, el nivel suele estar entre 60-70 dB<sup>9</sup>, lo que nos permite seleccionar los casos que tienen solución quirúrgica.

Esto, en pacientes con atresia bilateral, se obtiene mejor resultado con potenciales evocados de tallo cerebral, que nos mostrarán el verdadero estado coclear y evitará confusiones, y a la vez confirmará el puro origen conductivo de la hipoacusia,<sup>10,11</sup>

Los estudios radiológicos nos permiten explorar con detalle la anatomía del hueso temporal y con ello evaluar todas las estructuras adyacentes con lo que tendremos una idea más precisa del tipo de malformación y con ello planear adecuadamente la intervención y minimizar las complicaciones ante sorpresas de estructuras no previstas por una inadecuada planeación radiológica. El



estudio de elección es la tomografía computada que nos muestra tanto estructuras óseas como tejidos blandos y, es muy importante para conocer la posición del nervio facial que puede convertirse en una de las principales complicaciones de este tipo de pacientes al momento de la cirugía<sup>12,13,14,15,16</sup>. Actualmente inicia la tomografía computada con reconstrucción tridimensional que al parecer nos proporcionará aún más datos y mayor seguridad para la reconstrucción de estas malformaciones.

**c) Indicaciones de corrección quirúrgica:**

Atresia bilateral con buena función coclear.

Atresia unilateral con función coclear que garantice 20 a 25 dB del oído normal con lo que se mejora la audición binaural y permite localizar el sonido, y mejor comprensión del lenguaje.

Mejoría estética; punto muy importante para el paciente.

Existe controversia entre cirujanos plásticos y otólogos en cuanto a cuál procedimiento debe llevarse a cabo primero, si la reconstrucción del pabellón o del oído medio, ya que en ambos casos el procedimiento previo, cualquiera que se halla hecho, dificultará el siguiente. Bellucci<sup>3</sup> piensa que la reconstrucción del oído medio debe realizarse primero, aunque en los casos bilaterales indiscutiblemente debe ser de elección la corrección de la función.

**d) Edad para corrección quirúrgica:**

Cuando el problema se detecta tempranamente se inicia con rehabilitación a base de auxiliares auditivos y terapia para lograr adecuado lenguaje, mínimo hasta los dos años de edad.

En atresia bilateral se interviene a los 5 años, ya que se logró el desarrollo mastoideo y el niño inicia actividades escolares.

En atresia unilateral se puede esperar hasta la adolescencia (15 a 17 años) en que se logra el crecimiento completo y se visualizan aún mejor las estructuras.

**e) Corrección quirúrgica:**

La revisión de las diferentes técnicas y abordajes, así como su clasificación y resultados, nos lleva a aceptar que es uno de los procedimientos otológicos de mayor dificultad para conseguir una adecuada audición y que el co-

nocimiento de todas las técnicas y la adaptación de ellas a cada caso nos llevarán a obtener los mejores resultados, aunque en ocasiones éstos sean mínimos<sup>17,18,19,20,21,22,23</sup>

Cada autor clasifica o subclasifica los hallazgos quirúrgicos y la técnica empleada, pero al final todas resultan similares. Lo descrito por Bellucci, Jahrsdoerfer, Hall, Gill, Neurman, Lange y Kamgang, son muy parecidas a lo dicho por Marres y Cremers; y simplificado más recientemente por Schuknecht:

**Atresioplastia tipo I (Meatoplastia):** Para atresia tipo I, incisión endaural con creación de colgajo de Koerner, resección de cartilago de concha y piel hasta obtener un orificio adecuado, cubriendo el defecto con injerto delgado de piel. Si existe colesteatoma se remueve en su totalidad.

**Atresioplastia tipo II (Canaloplastia):** Construcción del conducto auditivo externo y reparación de oído medio sin tocar mastoides: incisión post-auricular, epitimpanotomía con fresa hasta identificar cadena oscicular, remoción de la placa atrésica y colocación de injerto de fascia sobre la masa oscicular y posteriormente injerto delgado de piel sobre el nuevo conducto sin haber entrado a mastoides. Se realiza meatoplastia de 1.5 cms y se sutura el tejido celular subcutáneo hacia atrás para evitar estenosis del nuevo conducto.

**Atresioplastia tipo III:** Meatoplastia y canaloplastia idénticas a la tipo II, remoción de martillo y yunque y colocación de injerto entre cabeza del estribo y el injerto de fascia temporal. Está indicada en la discontinuidad de cadena o fijación de martillo o yunque a las paredes epitimpánicas.

**Atresioplastia tipo IV (Mastoidectomía con estapedopexia):** Siguiendo el concepto de Wullstein, timpanoplastia tipo III, donde el injerto timpánico va sobre el estribo. Se realiza timpanomastoidectomía radical, remoción de la placa atrésica, remoción de martillo y yunque, músculo temporal para obliterar mastoides y formar la pared posterior del conducto auditivo externo, y posteriormente colocación de injerto de fascia sobre el estribo y de piel delgada sobre el nuevo conducto auditivo externo.

**Atresioplastia tipo V:** La fenestración del canal semicircular horizontal, se utiliza ante un nervio facial muy anterior que impida manejar la ventana oval o ante caso de agenesia de la misma;



Figura 1  
Foto Pre-Operatoria que muestra la Microtia tipo III de oído derecho. Caso 1.



Figura 2  
CT de oído en coronal, donde se observa la atresia del conducto auditivo externo y posición anterior del N. Facial. Caso 1.



no se oblitera la cavidad mastoidea excepto en la parte anterior y posterior de la fenestración. La meatoplastía y colocación del injerto de Thiersch se realiza de la misma manera que las anteriores.

Existen controversias en cuanto al tamaño de los injertos del conducto auditivo externo. Indudablemente, los mejores resultados se reportan con el uso del injerto de Thiersch que además de ir en contacto directo con los huesecillos y obtener excelente transmisión del sonido, se adhiere muy bien a las paredes óseas; es mínima la resorción, aunque la mayoría lo utilizan sobre el injerto de fascia para evitar que el colgajo se lateralice y se pierda contacto. El taponamiento del conducto auditivo externo no debe ser a presión y se deja por tres semanas, tiempo suficiente para adhesión y granulación completa a las paredes.

#### f) Presentación de casos:

Presentamos tres casos en los cuales se muestra la metodología utilizada y lo variable de cada presentación, lo cual confirma que para el abordaje de esta patología es necesario contar con los métodos diagnósticos adecuados así como el conocimiento de las técnicas y poderlas aplicar en cada caso en especial.

#### Caso 1:

Masculino de 16 años de edad que nació con atresia de conducto auditivo externo derecho y

atresia de pabellón auricular derecho. El seguimiento de su padecimiento ha sido desde los 5 años de edad. A la exploración física se encuentra atresia tipo III de oído derecho, con oído izquierdo normal. Audiometría: Sordera conductiva de 60 dB en oído derecho. CT y Politomografía de oído derecho: Cavidad glenoidea amplia; placa atrésica de mediano espesor. Hipodesarrollo de región hipotimpánica, martillo malformado, yunque con bandas óseas que fijan al ático. Cirugía: Se practicó atresioplastia tipo V y colocación de injerto de Thiersch en cavidad y conducto auditivo externo, así como reconstrucción del pabellón auricular; estenosis del conducto que requirió meatoplastía de revisión cuatro meses después con nueva colocación de injerto dérmico con un seguimiento post-operatorio de 5 años de evolución sin reestenosis del canal y con audiometría post-operatoria con ganancia de 20 dB promedio para las frecuencias del lenguaje. (Figuras 1, 2 y 3)

#### Caso 2:

Paciente masculino de 10 años de edad conocido desde el momento de su nacimiento con microtia tipo I y atresia de conducto auditivo derecho. Al examen físico se encuentra microtia tipo I con atresia de conducto auditivo externo y fistula preauricular en oído derecho. Oído izquierdo normal. La politomografía hipocicloidal de oído derecho mostró: ausencia de conducto

Figura 3  
Audiometría de control donde se observa la ganancia de 20 dB promedio, para las frecuencias del lenguaje. Caso 1.

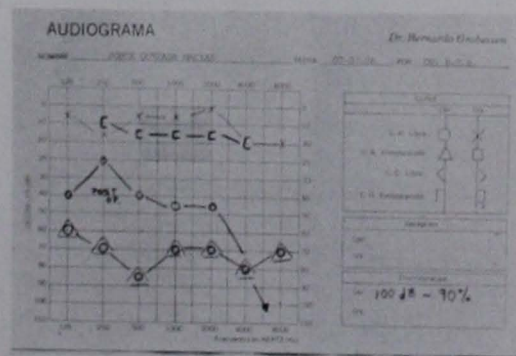
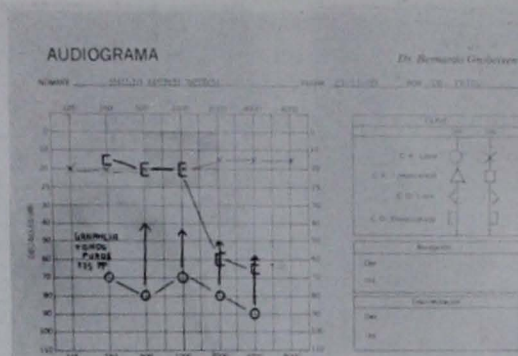


Figura 4  
CT de oído derecho en coronal se observa el colesteatoma de conducto auditivo externo, los huesecillos malformados y la atresia del conducto. Caso 2.





**Figura 5**  
Audiometría de control que presenta sordera conductiva de 60 dB pero con buena ganancia con curveta. Caso 2.



**Figura 6**  
Foto clínica de control 2 años Post-Operatorio. Se observa buena meatoplastia, sin evidencia de estenosis. Caso 2.



auditivo derecho, cavidad glenoidea ampliada prolongándose hacia atrás; placa atrésica de regular espesor a la cual se encuentran fijados y malformados huesecillos. Hipoplasia de cavidad de oído medio. Potenciales evocados de tallo cerebral: hipoacusia conductiva profunda del lado derecho, audición normal en el izquierdo. Estos estudios se tomaron a los dos años de edad, se repite politomografía cuatro años más tarde encontrando que el conducto auditivo externo muestra una cavidad de límites definidos, de apariencia expansiva pudiendo corresponder a colesteatoma congénito. Se solicita CT de oído que no muestra conducto auditivo externo, observándose cavidad amplia con comunicación exterior por dehiscencia de la placa existente; hipoplasia de oído medio, huesecillos malformados y probable colesteatoma congénito, por lo que es sometido a cirugía practicando atresioplastia tipo IV encontrando colesteatoma de conducto, malformación de huesecillos, ausencia de estribo, ventana oval rudimentaria cubierta con una membrana; facial parcialmente dehiscente, se realiza la meatoplastia y se cubre con injerto de Thiersch desde cavidad a todo el conducto auditivo externo.

Audiometría de control muestra sordera conductiva derecha de 60 dB a 250 y 500 dB's, buena ganancia con curveta, utilidad social del 70%. Seguimiento a dos años sin estenosis del conduc-

to, buena audición y membrana timpánica íntegra. (Figuras. 4, 5 y 6)

**Caso 3:**

Paciente masculino de 5 años de edad quien presenta atresia de conducto auditivo derecho corregida hace 5 meses, además de timpanoplastia por otro facultativo. Se presenta a consulta con reestenosis y problemas del lenguaje. A la exploración física observamos atresia tipo I de ambos pabellones auriculares así como atresia de conducto auditivo externo. Audiometría: oído derecho muestra hipoacusia media conductiva con pérdida promedio de 55 dB, logaudiometría con captación del 100% a 70 dB; oído izquierdo con hipoacusia media conductiva con pérdida promedio de 53 dB, logaudiometría con captación del 100% a 70 dB. CT de oídos: muestra el izquierdo con estenosis del conducto auditivo externo, membrana timpánica y oído medio normales; el derecho muestra conducto auditivo externo cerrado, con placa atrésica y cirugía posterior que se continúa a oído medio como en mastoidectomía radical; remanente de placa atrésica en región tímpanal con fijación a la misma de martillo y yunque los cuales muestran malformación. En ambos oídos se aprecia nervio facial en segunda porción en posición anterior. Se practica atresioplastia tipo IV y colocación de injerto de Thiersch como se describió anteriormente, los hallazgos quirúrgicos fueron cavidad de mastoi-

**Figura 7**  
Foto clínica Pre-Operatoria que muestra la microtia tipo I y estenosis puntiforme del conducto auditivo externo derecho.



**Figura 8**  
Audiometría de control que muestra una ganancia promedio de 20 dB en todas las frecuencias. Caso 3 Parte Superior.

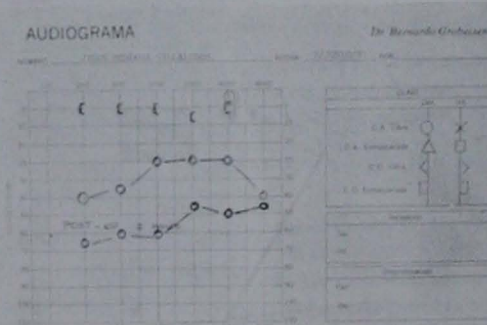




Figura 9  
Foto clínica Post-Operatoria que muestra el obturador del conducto auditivo externo. Caso 3.

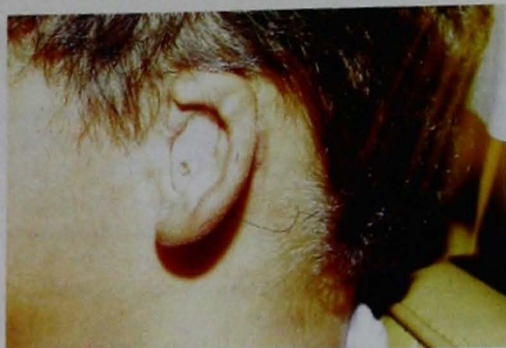


Figura 10  
Foto clínica que muestra buen estado de la meatoplastia a 5 meses Post-Operatorios. Caso 3.



dectomía incompleta, placa atrésica completa, malformación de martillo y yunque, cabeza de estribo malformada pero con buena movilidad. Se retiró taponamiento de conducto auditivo a las tres semanas post-operatorias encontrándose injerto íntegro y con buena función auditiva. Colocándose molde ventilado de conducto auditivo externo derecho. Audiometría de control a los tres meses post-operatorios muestra ganancia de 20 dB en todas las frecuencias, el conducto se muestra con buena evolución sin evidencia de estenosis o anomalía en el injerto, continúa utilizando molde ventilado. (Figuras 7, 8, 9 y 10).

#### g) Complicaciones:

En esta serie de pacientes la única complicación que se presentó fue la estenosis del canal en el primer caso, ya que a pesar de la meatoplastia el taponamiento del conducto auditivo externo fue retirado prematuramente (dos semanas). Lo que motivó una revisión quirúrgica del meato y segundo tiempo de cirugía plástica para reconstrucción del pabellón auricular.

Para evitar la estenosis cicatricial post-quirúrgica empleamos a partir de 1986, obturadores moldeados y ventilados del nuevo conducto auditivo externo, el cual es utilizado durante un año.

#### Conclusiones

La cirugía otológica en pacientes con malformaciones congénitas representa un reto a la habilidad y entrenamiento del cirujano, ya que no existen dos casos iguales y el manejo debe ser individualizado para cada caso. Debemos conocer todas las presentaciones posibles de las malformaciones para poder efectuar la mejor reparación quirúrgica, decisión que debe ser tomada en el momento de la cirugía, ya que no es posible con los estudios de gabinete realizar una planeación completa pre-operatoria. La estructura vital que debemos preservar es el

nervio facial y no comprometerlo en razón de mejorar la audición. Rehabilitar a nuestros pacientes, y lograr su readaptación funcional y social, es nuestra meta.

La ganancia promedio de nuestros pacientes fue de 30 dB en las frecuencias del lenguaje.

El seguimiento post-operatorio debe ser estricto y frecuente para evitar complicaciones secundarias a la cicatrización.

Es importante para los cirujanos recién graduados no intentar este tipo de cirugía, hasta no obtener un entrenamiento adecuado en el manejo de estas malformaciones y más aún no dejarse presionar ante la ansiedad de los padres para realizar una cirugía antes del momento óptimo.

#### Referencias Bibliográficas

1. Schuknecht H.F.: Congenital aural atresia. Laryngoscope. 1989. 99:908-911.
2. Shambaugh G.E.; Glasscock M.E.: Surgery of the ear, W.B Saunders. 1980. 380-407.
3. Bellucci R.J.: Congenital aural malformations: diagnosis and treatment. Otolaryngologic clinics of north america. 1981. 1:95-124.
4. Cole R.R.; Jahrsdoerfer R.A.: The risk of cholesteatoma in congenital aural stenosis. Laryngoscope. 1990. 100:576-578.
5. Nishimura Y.; Minatogawa T.; Kumoi T.: Intractable retroauricular abscess associated with microtia and aural atresia: some view in relation to the congenital cholesteatoma and microtia. Ann plast surg. 1989. 23:74-80.
6. Jahrsdoerfer R.A.: The facial nerve in congenital middle ear malformations. Laryngoscope. 1981. 91:1217-25.
7. Cole R.R.; Jahrsdoerfer R.A.: Congenital aural atresia. Clin plast surg. 1990. 17:367371.
8. Jahrsdoerfer R.A.; Yeakley J.W.; Hall J.W.; Robbins K.T.; Gray L.C.: High resolution ct scanning and auditory brain stem response in congenital aural



- atresia: patient selection and surgical correlation. *Otolaryngol head and neck surg.* 1985. 93:292-298.
9. *Ogasawara M.; Kusano H.; Murakami Y.; Higuchi A.; Murai K.; Tsuiki T.*: Audiological study for ears with aural stenosis and atresia. *Nippon jibiin koka gakkai kaiho.* 1989. 92:687-693.
  10. *Stapells D.R.; Ruben R.J.*: Auditory brain stem responses to bone conducted tones in infants. *Ann otol rhinol laryngol.* 1989. 98:941-949.
  11. *Flamig P.; Gerull G.; Molurinski D.*: Brain stem evoked response audiometry study with a bone conduction receiver in atresia of the auditory canal and microtia. *Laryngo rhino otologie.* 1989. 68:92-94.
  12. *Wright J.W.; Wright J.W.; Hicks G.*: Polytomography and congenital anomalies of the ear. *Ann otol rhinol laryngol.* 1982. 91:480-484.
  13. *Valavanis A.; Kubik S.; Schubiger O.*: High resolution ct of the normal and abnormal fallopian canal. *AJNR.* 1983. 4:748-751.
  14. *Swartz J.D.; Faerber E.N.*: Congenital malformation of the external and middle ear; high resolution ct findings of surgical import. *AJR.* 1985. 144:501-506.
  15. *Mehra Y.N.; Dubey S.P.; Mann S.B.; Suri S.*: Correlation between high resolution computed tomography and surgical findings in congenital aural atresia. *Arch otolaryngol head and neck surg.* 1988. 114:137-141.
  16. *Zaczac H.G.; Shoot S.R.; Towbin R.; Cotton R.T.*: Value of ct scan in the diagnosis of temporal diseases in children. *AJR.* 1987. 152:710-719.
  17. *Loh K.K.; Kunaratham.*: Surgery of major congenital aural atresia. *Ann acad med singapore.* 1988. 17:375-379.
  18. *Lambert P.R.*: Major congenital ear malformations: surgical management and results. *Ann otol rhinol laryngol.* 1988. 97:641-649.
  19. *Marquet J.E.; Declau F.; De Cock M.; De Peap K.; Appel B.; Moeneclaeys L.*: Congenital middle ear malformations. *Acta otorhinolaryngol.* 1988. 42:117-302.
  20. *Cremers C.W.; Teunissen E.; Marres E.H.*: Classification of congenital aural atresia and results of reconstructive surgery. *Adv otorhinolaryngol.* 1988. 40-9-14.
  21. *Jahrsdoerfer R.A.; Hall J.W.*: Congenital malformations of the ear. *Am J Otol.* 1986. 7:267-269.
  22. *Marres E.H.; Cremers C.W.*: Surgical treatment of congenital aural atresia. *Am J otol.* 1985. 6:247-249.
  23. *Cremers C.W.; Oudenhoven J.M.; Marres E.H.*: Congenital aural atresia a new sub classification and surgical management. *Clin otolaryngol.* 1984. 9:119-127.



## Antecedentes históricos de la hipofisectomía

Dr. Enrique Azuara Pliego \*

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

*Resumen:* La cirugía hipofisaria comenzó a finales del siglo XIX, la aproximación del seno esfenoidal por la vía intranasal constituyó uno de los primeros métodos intracraneales para la resección de los tumores hipofisarios, sin embargo, tuvo el inconveniente de comprometer la funcionalidad y la estética nasal; por lo que Killian introduce la técnica transesfenoidal por vía submucosa nasal, que sería mejorada por Hirsch en 1909. Cushing en 1914 describe el abordaje transesfenoidal por la incisión sublabial para poder resear el septum y permitir así una ruta transnasal media hacia el esfenoides y la glándula hipófisis, la cual tuvo gran aceptación por su baja morbi-mortalidad.

Con el progreso de la medicina operatoria en los últimos 30 años y con la introducción del microscopio quirúrgico por Hardy y Guiot, se presenta el concepto de la resección selectiva de microadenomas hipofisarios por vía transesfenoidal.

En las últimas 2 décadas, Kern ha demostrado la utilidad del abordaje transeptal-transesfenoidal con el método de la vía maxila-premaxila. Por su parte, los doctores mexicanos: Gutiérrez Marcos, Azuara Pliego y Quezada González entre otros, destacan la vía transeptal-transesfenoidal como el método de elección para la resección de los microadenomas hipofisarios.

*Summary:* The pituitary operations began at the end of the XIX century, and the intracranial sphenoidal sinus approximation was one of the first methods in the removal of pituitary tumors; but it had the inconvenient to compromise the aesthetic nasal and the function. Killian introduce the transsphenoidal-nasal mucosa technique, that was make better in 1909 by Hirsch. Cushing in 1914 described the transsphenoidal approach by sublabial incision to resect the septum and make a transnasal route to the sphenoid and pituitary gland, that had great acceptance, because the morbidity was low.

The progress in surgical medicine in the last 30 years and the surgical microscope introduction by Hardy and Guiot conducted to the transsphenoidal selective pituitary microadenoma resection.

In the last two decades, Kern, has demonstrated the transeptal transsphenoidal utility, using the maxilla-premaxilla method. Gutiérrez Marcos, Azuara Pliego and Quezada González emphasize the transeptal-transsphenoidal approach as the best way in the removal of pituitary microadenomas.

**Palabras clave:** Hipófisis, vía transeptal

\* Médico Adscrito al 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.

La presente revisión tiene como objetivo hacer una semblanza histórica de la cirugía hipofisaria desde sus inicios, con la finalidad de conocer las diferentes técnicas utilizadas.



## Introducción

La cirugía hipofisaria es un procedimiento que permite curar definitivamente a los pacientes que sufren lesiones de múltiples tipos y características histológicas, así como de diversos comportamientos tumorales.

Para que en la actualidad tuviéramos elementos técnicos y conocimientos suficientes, tanto del área selar y periselar, como del comportamiento de los diferentes tipos de tumores que ahí pueden asentarse han transcurrido caso 100 años de lucha quirúrgica en diferentes partes del mundo para conseguir resultados que todavía pueden perfeccionarse. Y la intención de este artículo es la de revisar los antecedentes históricos de dicha cirugía, con la finalidad de unificar criterios para reseca los tumores hipofisarios.

## Antecedentes Históricos

En 1893 Caton y Paul llevaron a cabo por primera vez una cirugía hipofisaria intracranial por vía transfrontal.

La primera cirugía de hipófisis extracranial que tuvo éxito, para remover tumores hipofisarios, fue la realizada por Schloffer el 16 de marzo de 1907, el cual fue un abordaje transesfenoidal, por la ruta nasal superior, que consistió en efectuar una extensa incisión media en el dorso nasal, reseca septum, cornetes y parte del maxilar, logrando así una visualización amplia. Sin embargo, tuvo un alto índice de morbi-mortalidad, por lo que rápidamente fue modificada por otros autores, quienes la sustituyeron por una vía transmaxilar, transorbitoetmoidal o endonasal lateral, como en el caso de von Eiselberg, quien expandió la técnica para incluir el seno frontal. Moszkowicz, también llega al seno esfenoidal intranasalmente y en ese mismo año describe el uso de un colgajo frontonasal para cerrar la silla y prevenir la rinorrea de líquido cefalorraquídeo y la meningitis Post-operatoria.<sup>1, 2, 3</sup>

Kanavel en 1909 propone el abordaje intranasal para la silla turca, mediante la realización de una incisión subnasal en forma de "U" a lo largo de la base de la nariz exponiendo la espina nasal y reflejando la nariz hacia arriba, para llegar al septum y posteriormente al esfenoides. Sin embargo, esta técnica al igual que las mencionadas anteriormente tenían el inconveniente de comprometer en forma importante la función y la

estética nasal. Este mismo año Kocher lleva a cabo el abordaje transesfenoidal por vía submucosa nasal; en la que más tarde se basaría Killian para la resección de las desviaciones septales.<sup>1, 2, 3, 5, 6</sup>

Con la finalidad de crear un método que ofrezca una vía fácil y segura que preservará la función y la estética nasal, Hirsch reúne dos técnicas en 1909: la descrita por Killian para la resección submucosa del septum y la de Hajek para realizar sinusectomías esfenoidales por vía transeptal. Por su parte, Halstead propone que la incisión se lleve a cabo en el surco gingivobial superior, con lo cual, el labio y la parte externa de la nariz se elevan, exponiéndose el septum. Otra técnica para mantener la funcionalidad de la nariz es la propuesta por Chiari en 1912, en la que se preserva el septum al hacer la operación a través del seno etmoidal vía transetmoidal-transesfenoidal, mediante una incisión de 2.5 cms de largo que corre entre la inserción del ligamento palpebral y el dorso de la nariz; idea que sería retomada en 1962 por Bateman, James, Kircher, Van Gilder y Montgomery.<sup>2</sup>

En 1914 Harvey Cushing introduce sus conceptos para reseca la patología hipofisaria combinando la incisión sublabial de Halstead y la resección submucosa de Hirsch, lo que permite una ruta transnasal hacia el esfenoides y la glándula pituitaria. En 1922 reporta 203 hipofisectomías transeptales con 7.38% de mortalidad y una sola defunción en sus últimos 50 casos, convirtiéndose así en el método de elección para la resección de los adenomas hipofisarios durante las tres primeras décadas del siglo XX, ya que dicha casuística fue revelada durante una época desfavorable para la neurocirugía, que estaba en pleno desarrollo.<sup>1, 2, 3</sup>

La neurocirugía en 1912 alcanza su plena madurez, con lo cual la técnica neuroquirúrgica progresa. En 1938 Dandy compara la vía transnasal con la vía transfrontal para la resección de tumores hipofisarios, llegando a la conclusión que el primer abordaje era inadecuado, pues ofrecía una exposición pequeña e inestable, y la posibilidad de que el área se infectara por la vía nasal de abordaje, lo cual no ocurría en el caso de los abordajes transfrontales. Por su parte, Henderson en 1939 publica una crítica a la serie de adenomas cromóforos tratados por Cushing, encontrando que de los 159 casos que se resolvieron con el abordaje transnasal-transesfenoidal,



35% tuvieron recidiva tumoral, mientras que los 88 pacientes operados por la vía transfrontal tuvieron una recidiva del 13%, con lo que concluía que el primer abordaje era inapropiado. Como consecuencia, se abandonaron los abordajes transeptales-transesfenoidales, y se comenzó a extirpar los tumores pituitarios por la vía transfrontal.<sup>2, 3, 5, 6</sup>

Sin embargo, la vía transeptal-transesfenoidal continuó siendo utilizada por Dott en Edimburgo y por Hirsch y sus discípulos, quienes reportaron 425 casos en 1952. Se comenzó a visualizar como una técnica ideal para reseccionar tumores pequeños, ya que los tumores grandes que se extendían más allá de la silla turca y que no era posible reseccionar por completo, eran los responsables de los tumores residuales y sus recidivas.<sup>2</sup>

El abordaje extracranial para la ablación pituitaria volvió a capturar el interés de los otorrinolaringólogos, después de que Luft y Olivecrona de Suecia describieron en 1953 la escisión de una hipófisis normal en un adenocarcinoma metastásico hormonalmente dependiente, lo cual antes de ellos se consideraba un procedimiento muy riesgoso. Surgieron nuevamente los procedimientos transetmoidal y transantral. Con el uso de los antibióticos, la meningitis ya no era una complicación tan amenazadora. La recurrencia tardía de los adenomas hipofisarios, así como los tumores supraselares insospechados se volvieron irrelevantes. Todos estos procedimientos crearon una expectativa alentadora para la ablación de una glándula hipofisaria normal, así como el método de elección para aquellos pacientes con adenocarcinoma metastásico en donde la gravedad de la enfermedad hacía intolerable una craneotomía. Los otorrinolaringólogos que tenían perfeccionada la microcirugía de oído fueron los primeros en aplicar las técnicas de etmoidectomía externa y esfenoidectomía transantral, las cuales se convirtieron en cirugías familiares.

Desde 1909, tiempo en que Killian había desarrollado la incisión intranasal para limitar el acceso al cartílago septal, la técnica fue depurándose después de muchos embates, hasta la aparición del abordaje maxila-premaxila introducido en 1958 por Cottle que aporta una vía amplia para la cirugía septal extensa.<sup>3, 6</sup>

En 1960 Gerald Guiot en Francia toma nuevamente la técnica de Cushing, llevada a París por Dott, junto con el rinólogo francés Bouche repor-

ta 490 casos, con una mortalidad post-operatoria de sólo 1.9%, siendo el primero en indicar la eficiencia y benignidad de la vía transesfenoidal.<sup>3</sup>

Con el avance de la tecnología se han ido aportando nuevos instrumentos y aparatos. La visualización directa del seno esfenoidal y de la fosa pituitaria se ha vuelto necesaria para efectuar adecuadamente la cirugía transnasal mediante el microscopio quirúrgico, que se convirtió en el aporte técnico más importante, introducido por Jules Hardy de Montreal, y Guiot y Chebani de Francia en 1972, el cual ofrece una mejor definición, mediante el uso de una lente de 300 mm, además de que permite una manipulación quirúrgica más precisa para la ablación de la glándula hipofisaria normal o de la resección selectiva de un adenoma pituitario al dejar libres ambas manos.<sup>4</sup>

Guiot junto con Hardy describen el concepto de la resección selectiva de microadenomas hipofisarios por vía transesfenoidal al introducir el intensificador de imágenes, el control fluoroscópico, el microscopio, la cisternografía dinámica televisada y el rayo láser, para lograr un procedimiento quirúrgico más refinado y con mejores resultados, presentando 434 casos en el periodo de 1962 a 1972.<sup>3, 4, 5</sup>

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 en 489 pacientes.<sup>2</sup>

En nuestro país son pocos los estudios que se han llevado a cabo en relación al abordaje transeptal-transesfenoidal para la resección de los tumores hipofisarios y entre ellos cabe destacar los publicados por Gutiérrez M. y Azuara quienes nos presentan las ventajas de la vía maxila-premaxila, la cual permite un cierre sencillo con la simple sutura de la hemitransfixión, dejando intactas las capas de mucosa y evitando la atrofia de la misma, brinda la oportunidad de reconstruir completamente el septum óseo, hace factible la realización de operaciones septales secundarias, disminuye las complicaciones en la función y estética nasal y evita la parestesia del labio superior, en comparación con el abordaje sublabial.<sup>1</sup>

Quezada y colaboradores hacen referencia a que es la vía con el menor número de complicaciones y secuelas post-quirúrgicas, siendo la más



frecuente la diabetes insípida secundaria, la cual es transitoria y cura con tratamiento médico.<sup>7</sup>

Recientemente, el Dr. Azuara Pliego y colaboradores presentan un trabajo en el que hacen una comparación de los abordajes sublabial, vía maxila-premaxila, transiliar y combinada, concluyéndose que la técnica por la vía maxila-premaxila puede ser elegida como una buena alternativa para la resección de los tumores grado I a III; que las complicaciones más frecuentes en el abordaje sublabial son de carácter rinológico, que la técnica que genera más complicaciones es la transiliar, llegando a presentar un número importante de defunciones y por último, se resalta la importancia del trabajo multidisciplinario entre el otorrinolaringólogo y el neurocirujano para abatir al máximo las complicaciones.<sup>8</sup>

#### Referencias Bibliográficas

1. *Gutiérrez M.*: El abordaje Trans-Septal Trans-Esfenoidal de las Hipófisis vía Maxila Pre-Maxila. Anales Soc. Mex. Otorrinolar, 34, 4; 1988, pp- 291-294.
2. *Kern E.B.*: The transeptal Approach to Lesions of the Pituitary and Parasellar Regions. The Laryngoscope, 89, 5; may 1979 pp. 1-34.
3. *Hardy J.*: Transsphenoidal Operations on the Pituitary. Codman & Shurtleff, Inc. 1982. pp. 1-21.
4. *Kern E.B.*: A speculum for transeptal, transsphenoidal pituitary surgery. Rhinology, 18; 1990, pp. 155-156.
5. *Black P.*: Incidence and Management of Complications of Transsphenoidal Operation for Pituitary Adenomas. Neurosurgery, 20, 4; 1987, pp. 920-924.
6. *Glenn E.*: Columellar flap for transeptal transsphenoidal hypophysectomy. Laryngoscope, 98; august 1988, pp. 897-899.
7. *Quezada G.*: El abordaje transefenoidal transeptal en lesiones ocupativas de la silla turca. Anales Soc. Mex. Otorrinolar, 35, 2; 1990, pp. 92-95.
8. *Azuara P.E.; Avendaño M.G.; Rodríguez F.M.*: Hipofisectomía. Comparación de tres técnicas y presentación de 107 casos Anales de Otorrino, Mex. 1991, 36:341-347



## Endoscopías de vías aerodigestivas: (Experiencia de 8 años)

Dr. Jorge E. Cruz Ponce\*

Dr. Ricardo de Hoyos Parra\*\*

Dr. Javier Zorrilla Garza \*\*\*

Dr. José Luis Treviño Gzz. \*\*\*\*

\* Trabajo presentado en el XLI Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello; Ixtapa Gro. 27 de Abril al 1o. de Mayo de 1991.

*Resumen.- El presente es un estudio retrospectivo de las endoscopías de vías aerodigestivas realizadas en el departamento de Otorrinolaringología del Hospital Universitario "Dr. José E. González" de la UNAL.; en el periodo comprendido entre marzo de 1983 y diciembre de 1990. Durante este periodo se realizaron 95 endoscopías, 65 de las cuales correspondieron a broncoscopías, de estas 45 (69.2%) se realizaron para extraer un cuerpo extraño del árbol traqueobronquial; además se revisaron 30 esofagoscopías de las cuales (83.3%) correspondieron a extracciones de un cuerpo extraño en hipofaringe o en esófago cervical.*

*La edad en la que los cuerpos extraños en vías aerodigestivas se presentaron con mayor frecuencia, fue en la edad pediátrica, aumentando significativamente entre el primero y segundo año de vida; sin embargo, en pacientes ancianos adultos se encontraron bolos alimenticios retenidos en esófago causando sintomatología de cuerpo extraño.*

*Summary.-A retrospective study about the experience in aerodigestive endoscopies held by the department of Otolaryngology of the "Hospital Universitario Dr. Jose E. González" of the Universidad Autonoma de Nuevo León during the period of March 1983 to December 1990 is presented. During this period 65 bronchoscopies and 30 esophagoscopies were performed, most of them for the extraction of foreign bodies.*

**Palabras clave:** endoscopías, broncoscopías, esofagoscopías, cuerpos extraños.

### Introducción

Los cuerpos extraños pueden provocar una urgencia, sobre todo cuando se inhalan e impactan en vías aéreas. Se habla de una mortalidad de entre 0% y 1.8%.<sup>1</sup>

La muerte es más factible cuando el cuerpo extraño se aloja en la laringe, provocando obs-

\* Jefe del Departamento de Otorrinolaringología.

\*\* Jefe de Enseñanza del Depto. de Otorrinolaringología.

\*\*\* Residente del 3er. año de la Especialidad de ORL.

\*\*\*\* Médico adscrito del Departamento de Otorrinolaringología. Facultad de Medicina, Hospital Universitario "Dr. José E. González". Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey N.L.



trucción aguda de las vías respiratorias, situación que se presenta en 5 a 11% de los casos y que obliga a realizar una traqueostomía de urgencia.<sup>2, 11</sup> Figura 1.

Otras causas de obstrucción de las vías respiratorias, son las debidas a estenosis subglóticas, que son definidas como una disminución de 4 mm o menos de la vía aérea, siendo la causa más común de obstrucción crónica de las vías respiratorias y son resultado de intubación traqueal prolongada en niños e infantes, esta situación se ha incrementado dramáticamente.

La lesión empieza después de 72 hrs de intubación, observándose inicialmente sobre los procesos vocales de los aritenoides y la porción posterior de las cuerdas verdaderas, posteriormente se instala edema, inflamación, ulceración y cicatrización creando la estenosis.<sup>3</sup>

Otra causa más rara de obstrucción de vía respiratoria, son los hemangiomas subglóticos del recién nacido, pero estos tienden a involucionar y desaparecen espontáneamente después del año de edad y sus molestias pueden ser controladas por medio de resección con CO<sub>2</sub> láser.<sup>5</sup>

Además las agencias pulmonares, anomalías congénitas de laringe, tráquea y bronquios como fistulas broncopleurales o broncoesofágicas pueden causar problemas neumónicos que obligan a realizar broncoscopías para aliviar la obstrucción respiratoria; las neumonías que provocan secreciones tenaces y obstrucción de la vía aérea, es una indicación terapéutica de la broncoscopia que elimina tapones de moco y alivia la obstrucción respiratoria.<sup>6,7</sup>

Otras indicaciones para broncoscopia son silbilancias, hemoptisis y tos crónica inexplicable, además los cuadros radiológicos como enfisema, atelectasia, imágenes tumorales, cavitaciones, de-

rrame pleural y presencia de un cuerpo extraño radioopaco.<sup>1, 6, 7</sup>

Las lesiones por quemadura o aspiración de calor son otra causa de obstrucción respiratoria aguda debida al edema de vías respiratorias provocado por el calor.<sup>4</sup>

### Materiales y Métodos

Se revisaron los expedientes de 95 pacientes en quienes se realizó endoscopia de las vías aerodigestivas en el periodo comprendido entre marzo de 1983 y diciembre de 1990.

De cada paciente se obtuvo la edad, sexo, el cuadro clínico que presentaba a su ingreso, además de la evolución del mismo, también los hallazgos radiológicos y quirúrgico de cada procedimiento, el número de intervenciones y las complicaciones surgidas durante las mismas.

Las broncoscopías se realizaron con el broncoscopio rígido tipo STORZ, el cual contiene fuente de luz halogenada graduable. Endoscopios desde número 2.5 hasta 6, telescopios 0, 30 y 70, pinzas para diversas maniobras (Desimpactación, fragmentación, rotación y extracción), aditamento para ventilar al paciente a través del broncoscopio.

Las esofagoscopías se realizaron con el esofagoscopio rígido con luz y con hoja de laringoscopio recta.

### Resultados

Se revisaron las endoscopías de vías aerodigestivas realizadas en el departamento de Otorrinolaringología del año 1983 a 1990, sumando un total de 95.

Figura 1  
Radiografía lateral que muestra paciente de 6 años de edad con un cuerpo extraño alojado en laringe.



Figura 2  
Tele de Tórax que muestra un cuerpo extraño alojado en bronquio segmentario basal derecho en un paciente masculino de 8 años de edad.





Tabla I

**Distribución por edad y sexo, tiempo de evolución y tipo de endoscopia.**

El rango de edad fue de 4 meses a 72 años.  
 La moda fue de 2 años de edad.  
 La media fue de 8.7 años.  
 Hombres 57; Mujeres 35; Total 92.  
 Relación hombres-mujeres: 1.6 a 1.  
 Tiempo de evolución de su cuadro: 2 hrs. a 1 año.  
 En vía aérea fueron 65 procedimientos: (67.4%).  
 En vía digestiva 30 procedimientos: (32.6%).  
 Vías aéreas: 65 pacientes.

TABLA II

**Procedimientos, Diagnósticos y Terapéuticos en vías aéreas.**

PROCEDIMIENTOS  
 TERAPEUTICOS: 45 pacientes (69.2%).  
 - Cuerpos extraños: 40 pacientes (88.9%).  
 - Neumonías: 5 pacientes (11.1%).

TABLA III

**Procedimientos Diagnósticos: 20 pacientes (30.8%).**

- Estenosis: 10 pacientes.  
 1 en glótis.  
 7 en subglótis.  
 2 en tráquea.  
 - Fístula broncopleurál: 1 paciente ( 5%).  
 - Fístula broncoesofágica: 1 paciente ( 5%).  
 - Hipoplasia de ventrículo laríngeo: 1 paciente ( 5%).  
 - Bronquiolitís: 1 paciente ( 5%).  
 - Agenesia pulmonar: 1 paciente ( 5%).  
 - Hemangioma subglótico: 1 paciente ( 5%).  
 - Normales: 4 pacientes (20%).  
 Vías digestivas: 30 pacientes.

TABLA IV

**\*Procedimientos Terapéuticos: 25 pacientes (83.3%).**

- Cuerpos extraños: 25 (100%).  
 \*\* Procedimientos  
 Diagnósticos: 5 pacientes (16.7%).  
 - Perforación esofágica: 5 pacientes.

TABLA V

**\* Signos y síntomas más frecuentes con los cuerpos extraños en vías aéreas:**

- Tos: 46 pacientes (70.8%).  
 - Síndrome de dificultad respiratoria: 45 pacientes (70.7%).  
 - Cianosis: 23 pacientes (35.4%).

TABLA VI

**\* Hallazgos Radiológicos más frecuentes en los cuerpos extraños de las vías aéreas.**

- Atelectasia: 18 pacientes (27.7%).  
 - Enfisema: 11 pacientes (17%).  
 - Neumonía: 9 pacientes (13.9%).  
 - Derrame pleural: 3 pacientes (4.6%).  
 - Normales: 23 pacientes (36.8%).

TABLA VII

**\* Localización de los cuerpos extraños en las vías aéreas.**

- Tráquea: 2 pacientes (5%).  
 - Carina: 5 pacientes (12.5%).  
 - Bronquio Principal derecho: 23 pacientes (57.5%).  
 - Bronquio Principal izquierdo: 8 pacientes (20%).  
 - Bronquio Segmentario Basal derecho: 1 paciente (2.5%).  
 - Bronquio Segmentario Basal izquierdo: 1 paciente (2.5%).

TABLA VIII

**\* Tipo de cuerpo extraño en vías aéreas.**

- Semillas: 31 pacientes (77.5%).  
 (Cacahuates 14, frijol 11, calabaza 2, nueces 2, maíz 1, sandía 1).  
 - Metales: 7 pacientes (17.5%).  
 (Pilas de reloj 3, alfileres 2, seguros 1, tachuela 1).  
 - Crayón: 1 paciente (2.5%).  
 - Hule: 1 paciente (2.5%).

TABLA IX

**\* Número de procedimientos por paciente, en vías aéreas.**

- 52 pacientes: 1 procedimiento (80%).  
 - 5 pacientes: 2 procedimientos (7.6%).  
 - 4 pacientes: 3 procedimientos (6.1%).



- 2 pacientes:	4 procedimientos	(3 %).	- Seguro:	2 pacientes	(8%).
- 1 paciente:	5 procedimientos	(1.5%).	- Arete:	1 paciente	(4%).
- 1 paciente:	14 procedimientos	(1.5%).	- Espina:	1 paciente	(4%).

TABLA X

## \* Complicaciones ocurridas por broncoscopías (65 Broncoscopías).

- Extracción fallida:	6 pacientes	( 9%).
- Neumomediastino:	3 pacientes	(4.5%).
- Neumotórax:	2 pacientes	( 3%).
- Broncoespasmo:	1 paciente	(1.5%).
- Brocoaspiración:	1 paciente	(1.5%).
- Enfisema subcutáneo:	1 paciente	(1.5%).
- Paro cardio-pulmonar:	1 paciente	(1.5%).
- Fallecimiento:	1 paciente	(1.5%).

TABLA XIV

## \* Número de procedimientos por paciente, en vías digestivas.

- 30 pacientes:	1 procedimiento.
* Complicaciones de los procedimientos en vías digestivas.	
- Ninguno.	

## Discusión

La broncoscopia fue utilizada en un 69.2% (Tabla II) como un procedimiento terapéutico y como método diagnóstico en un 30.8% (Tabla III) de los casos. Por otra parte la esofagoscopia se utilizó en un 83.3% (Tabla IV) de los casos terapéuticamente y en forma diagnóstica en un 16.7% (Tabla V) de los casos.

Los cuerpos extraños en las vías aéreas se alojaron con más frecuencia en el bronquio principal derecho, alcanzando estos un 57.5% (Tabla VII) de los casos.

El procedimiento no es inocuo, ya que se pueden presentar complicaciones dentro de las cuales hemos encontrado neumomediastino, neumotórax, enfisema subcutáneo, broncoespasmo, broncoaspiración y un fallecimiento al no lograr extraer a tiempo un cuerpo extraño. (Tabla X).

La esofagoscopia por otro lado sirvió como procedimiento diagnóstico en cinco perforaciones esofágicas causadas por arma blanca y de fuego. (Tabla IV).

Los hallazgos radiológicos, no siempre son evidentes en caso de cuerpos extraños no radioopacos y en el tórax hemos encontrado hasta un 36.8% de radiografías de tórax normales. (Tabla VI).

Entonces el encontrar una tele de tórax normal no invalida la realización del procedimiento, mucho menos si el paciente presenta un cuadro clínico sugestivo de obstrucción de la vía aérea, en un 63.2% de los casos se encontró

TABLA XI

## \* Signos y Síntomas más frecuentes con los cuerpos extraños en vías digestivas.

- Sensación de cuerpo extraño:	26 pacientes	(96.2%).
- Sialorrea:	20 pacientes	(74 %).
- Vómito:	12 pacientes	(44.4%).
- Odinofagia:	8 pacientes	(29.6%).
- Tos:	3 pacientes	(11.1%).
- Enfisema subcutáneo:	5 pacientes	(16.7% pacientes con perforación esofágica).

TABLA XII

## \* Localización de los cuerpos extraños en vías digestivas.

- Esfínter cricofaríngeo:	11 pacientes	(44%).
- Esófago cervical:	9 pacientes	(36%).
- Hipofaríngeo:	5 pacientes	(20%).

TABLA XIII

## \* Tipo de cuerpos extraños en vías digestivas.

- Monedas:	15 pacientes	(60%).
- Hueso:	3 pacientes	(12%).
- Alfiler:	3 pacientes	(12%).



una radiografía de tórax anormal y la alteración más frecuente en un 27.7% fue la atelectasia, aunque también se encontró enfisema pulmonar, derrame pleural y neumonía. (Tabla VI)

En la esofagoscopia no encontramos complicaciones y las radiografías sólo mostraron el cuerpo extraño cuando este fue radioopaco (Tabla XIV) y se alojaron más frecuentemente en el estrechamiento que produce el esfínter crico faríngeo en un 44%. (Tabla XII)

El cuadro clínico de un cuerpo extraño siempre es sugestivo sobre todo cuando existe el antecedente de estar jugando un infante con semillas u otros objetos que se puedan llevar a la boca e inhalarlas; en estos casos presentará tos y síndrome de dificultad respiratoria al inhalar cuerpos extraños a las vías aéreas (Tabla V) y en vías digestivas presentará sialorrea, disfagia y odinofagia. (Tabla XI)

Los cuerpos extraños que más encontramos en la infancia, en las vías aéreas son las semillas (Tabla VIII) y en las vías digestivas, monedas y cuerpos metálicos (Tabla XIII). Sin embargo en ancianos adentulos se pueden encontrar pedazos de alimentos y hasta huesos por la imposibilidad de cortar y masticar el alimento.

### Conclusiones

La broncoscopia y la esofagoscopia son recursos endoscópicos diagnósticos y terapéuticos.

La alta incidencia de aspiración y deglución de cuerpos extraños en la edad pediátrica sobre todo antes de los 8 años de edad según nuestra serie (Tabla I), es un ejemplo del uso terapéutico de la endoscopia. Esto justifica el mantener un buen equipo de médicos entrenados e instrumentos adecuados en todo centro médico de concentración.

### Referencias Bibliográficas

1. *Liancai*; Deqiang Sun Inhalation of foreign bodies in Chinese children: A review of 400 cases. *Laryngoscope* 1991. 101: 657-670.
2. *Kent S.E.; Watson M.G.*: Laryngeal foreign bodies; *Journal of Laryngology and Otology* 1990 104: 131-133.
3. *Nicklaus P.J.; Crisdale, Whithe A.K.; Sendi K.; Forte U.*: Evaluatino of neonatal subglottic stenosis: A 3 year prospective study: *Laryngoscope* 1990 100: 1185-1190.
4. *Fleron P.; Montgomery W.; Cheney M.; Turner P.*: Management of patients with glottic and subglottic stenosis from thermal burns: *Ann Otol Rhinol Loryngol* 1989. 98:
5. *Remaclé M.; Decléye x.; Mayne A.*: Subglottic heamangioma in the infant: Contribution by CO laser: *The Journal of Laryngology and Otology* 1989. 103: 930-934.
6. *Paparella-Schumirck*: Otorrinolaringología; segunda edición: Vol. 3 Editorial Panamericana; pp 2567-2616.
7. *Charles D. Bluestone, M.D.; Sylvan E.; Stool M.D.*: *Pediatric Otolaryngology*; W.B. Saunders Vol. 2, pp 1302-1311.
8. *Holinger P.H.*: Clinical aspects of congenital anomalies of the larynx, traquea, brochi and esofagus. *J. Laryng* 1961. 75:
9. *Holinger P.H.; Brown W T*: Congenital Webs, cyst, Laringoceles and others anomalies of the larynx. *Ann. Otol Rhinol. Laring.* 1967. 76: 744.
10. *Jackson Ch.*: Symposium on broncoesophagology. Observations on the pathology of foreign bodies in the air and food passages *Otolaryng. Clinic. Nort. Amer.* WB Saunders Co. pag. 25, 1968.
11. *Tucker J A Dilberam H D*: Tracheostomy in pediatric Otolaryng. Ch. F. Ferguson y E.L. Kendig. Vol. 2 pp 1219 W.B. Saunders Col Filadelfia, 1972.
12. *Holinger P H Johnson K C*: Post surgical endoscopic problems of congenital esophageal atresia. *Ann Otol* 72: 1035.



## 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



## Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia vertebrobasilar de origen extracraneano

Dr. Guillermo Escobar Aldasoro \*

Dr. Aníbal Hernández \*\*

Dra. Susanne Curn de Escobar \*

*Resumen. Se presentan 100 casos de insuficiencia vertebrobasilar extracraneana reunidas en un lapso de 25 años por los autores. Se señala que el vértigo y los trastornos en el equilibrio son los síntomas más constantes que se observan en esta patología así como su importancia en el diagnóstico diferencial con las enfermedades del oído. Se reportan buenos resultados (96%) obtenidos con el empleo de diferentes procedimientos quirúrgicos utilizados en el tratamiento de esta patología.*

*Summary.- 100 cases of extracranial vertebrobasilar insufficiency were seen during 25 years. The most consistent symptoms observed were vertigo and problems with equilibrium. Differential diagnosis were made with inner ear problems. Good results (96%) were obtained with different surgical procedures used in the treatment of these cases.*

**Palabras clave:** Arteria vertebral, insuficiencia vascular cerebral.

### Introducción

El déficit circulatorio del área irrigada por el sistema vertebrobasilar forma parte de la insuficiencia cerebro-vascular, entidad clínica conocida desde 1856 por Savori<sup>1</sup> y más tarde señalada por Chiardi en 1906 y Hunt en 1914<sup>2</sup>. Sin embargo no es sino hasta el año de 1927 en que Hegas Moniz<sup>3</sup> aplicando la arteriografía cerebral en el diagnóstico de los tumores cerebrales, utiliza el mejor medio con que contamos en la actualidad para el diagnóstico topográfico de las lesiones vasculares en esta entidad nosológica.

El empleo de sustancias radiopacas de baja toxicidad, el perfeccionamiento de equipos y técnicas angiográficas ha permitido el uso cada vez más extenso de este medio de diagnóstico en todos aquellos pacientes en que se sospecha de insuficiencia cerebrovascular, de ahí que su conocimiento es de gran importancia no tan sólo para el especialista, sino también para el médico general, ya que su oportuno y correcto diagnóstico puede evitar las catastróficas e irreversibles consecuencias de la isquemia cerebral.

En la actualidad se preconiza como procedimiento de diagnóstico no invasivo la sonografía con doppler sola o asociada a estudios dinámicos con radioisótopos<sup>4</sup> y el estudio en el que enfatizaremos en este trabajo es el otoneurológico que fue el que nos dio la pauta diagnóstica e indica-

\* Cirujano Cardiovascular Hospital Metropolitano.

\*\*Jefe Dpto. Audiología Hospital 20 de Noviembre, ISSTE.



ciones del estudio angiográfico de nuestros pacientes con un alto índice de certeza, como lo señalamos desde nuestra primera comunicación de los primeros seis casos publicados en 1964.<sup>5</sup>

La sintomatología que presentan los pacientes con insuficiencia cerebrovascular de origen extracraneana varía de un caso a otro, dependiendo de la rapidez con que una determinada arteria se ocluya y de la circulación colateral que permita un flujo sanguíneo compatible con las necesidades metabólicas del cerebro, esta sintomatología dependerá también de las características anatómicas individuales de las arterias extracerebrales y de la suficiencia potencial del polígono de Willis para suplir en un momento dado las áreas de insuficiencia circulatoria ocasionada por la oclusión parcial o total de los vasos extracraneanos (Figura 1).

La enfermedad oclusiva de las arterias vertebrales se caracteriza por síntomas de las estructuras irrigadas por la arteria basilar y sus ramas, así como las arterias cerebelosas postero-inferior cuyo flujo sanguíneo es proporcionado únicamente por la arteria vertebral. Los síntomas de la insuficiencia vertebrovasilar pueden ser: motores, sensitivos, visuales, vértigo y trastornos en el equilibrio. Los síntomas motores pueden ser debidos al compromiso de los núcleos motores de los pares craneanos o del sistema piramidal. Los sensitivos se caracterizan especialmente por parestesias pe-

ribucuales o de la lengua y de la cara y los visuales por diplopia y amaurosis bilateral.

El vértigo y trastornos del equilibrio son los síntomas más frecuentes que se observan en este tipo de trastornos circulatorios y como lo señalamos en nuestra primera comunicación en 1963<sup>6</sup> son los más constantes, y cuando se asocian a parestesias peribucales y de la lengua, tenemos casi la certeza de su diagnóstico. La sintomatología en general en este tipo de pacientes se caracteriza por su variabilidad en cuanto a la estructura nerviosa comprometida y a su localización uni o bilateral, y pueden ser influenciadas por los cambios de posición del cuerpo o de la cabeza, o bien por variaciones de la presión sanguínea. Estos síntomas por presentarse también en padecimientos del oído es muy importante su diagnóstico diferencial.

La sintomatología antes citada, se puede presentar asociada a ejercicios de las extremidades superiores como acontece en la oclusión completa o parcial de una arteria subclavia antes del nacimiento de la arteria vertebral, provocando el fenómeno del sifón. (Figura 2).

La exploración física de los pacientes con insuficiencia cerebrovascular transitoria suministra muy pocos datos para el diagnóstico de este padecimiento, en virtud de la situación anatómi-

Figura 1  
Paciente con enfermedad de Takayasu. Obstrucción de ambas arterias carótidas y vertebral izquierda. Su sintomatología se inició al presentar suboclusión de la única arteria permiable, la vertebral derecha.<sup>13</sup>



Figura 2  
Fenómeno de sifón que se observa al inyectar medio de contraste en la vertebral izquierda y robo sanguíneo hacia la subclavia derecha.





ca de las arterias, pudiéndose encontrar únicamente a la auscultación la presencia de soplos en la región supraclavicular.

También se han descrito algunas pruebas en busca de signos físicos como la de Kleyn que consiste en hacer rotar la cabeza del paciente en hiperextensión tanto a la izquierda como a la derecha, observando en los casos de déficit sanguíneo del sistema vertebral nistagmus, disartria y signo de Babinski.

En el estudio otoneurológico encontramos que la audiometría generalmente se encuentra dentro de los límites normales cuando el inicio del padecimiento ha sido insidioso y progresivo, en cambio, cuando la sintomatología se presenta de manera súbita podemos encontrar hipoacusia profunda o anacusia, ya sea bilateral o unilateral.

En las pruebas calóricas vestibulares encontramos generalmente respuestas normales. En ocasiones inexcitabilidad en oído afectado en caso de hipoacusia o anacusia.

La audiometría de Bekesy observamos que se presenta curva tipo I de Jerger que concuerda con la tonal pura.

Al principio del padecimiento se encuentra en ocasiones nistagmus espontáneo horizontal y raras veces vertical. El vértigo generalmente aumenta con los movimientos bruscos de cabeza.



Figura 3  
La completa visualización de las arterias vertebrales y sus ramas permiten el diagnóstico de Insuficiencia Vertebrovascular.

## Material y Métodos

De finales de 1963 a 1987 se estudiaron 128 pacientes provenientes de la consulta privada del primer autor y del servicio de audiología del Hospital 20 de Noviembre que por presentar vértigo y/o trastornos en el equilibrio requerían de valoración angiológica para descartar el déficit circulatorio en el sistema vertebrobasilar como el agente causal de dicha sintomatología.

De los 128 pacientes 76 eran mujeres y 52 hombres cuyas edades estaban comprendidas entre los 45 y 75 años con una media de 58.

En 100 arteriografías o sea el 78% del total, se demostró que la etiología del vértigo e inestabilidad era ocasionada por insuficiencia vertebrobasilar de localización extracraneana provocada por diversas causas como se puede observar en el Cuadro No. I. El 76% de los casos fueron sujetos a tratamiento quirúrgico aplicándose diversos procedimientos de acuerdo a su etiología como se puede observar en el Cuadro No. II.

## Resultados

El tratamiento quirúrgico proporcionó curación por desaparición total de la sintomatología en el 84% de los casos tratados y mejoría importante en el 12%, quedando únicamente 3 pacientes, o sea el 4% del total sin obtener solución a su

CUADRO No. I

Etiología de la insuficiencia vertebrobasilar extracraneana	100 casos
Suboclusión en el origen de la arteria vertebral	59 casos
Suboclusión por compresión extrínseca en el canal vertebral.	14 casos
Suboclusión por angulación de la arteria vertebral.	13 casos
Oclusión total de la arteria vertebral.	8 casos
Robo de subclavia.	3 casos
Hipoplasia de arteria vertebral.	2 casos
Fístula arterovenosa post-traumática	1 caso



**CUADRO No. II**  
**Tratamiento quirúrgico insuficiencia**  
**vertebrobasilar extracraneana**

Angioplastia con parche	dacrón	45	
	vena	8	
	gorotex	5	
	TOTAL	58	75%
Corrección de la angulación por acortamiento		13	16%
Corrección robo de subclavia por:			
derivación subclavia:		2	2.5%
Derivación carótida subclavia		1	2.5%
Cierre de fístula A.V.		1	
Derivación hipogástrica-carótida		1	
Derivación aorta ascendente-carótida		1	
		<b>TOTAL</b>	<b>77 Intervenciones</b>

problema. En el 96% del total de los casos tratados, los resultados fueron muy satisfactorios.

Cuadro No. III, y no se presentaron complicaciones inherentes a los procedimientos quirúrgicos.

### Comentarios

Los síntomas más constantes y característicos de la insuficiencia vertebrobasilar son el vértigo y trastornos en el equilibrio que se observan también en padecimientos del oído interno por lo que los pacientes son generalmente referidos y manejados por el otorrinolaringólogo que generalmente en nuestro medio no piensa en esta posibilidad etiopatogénica como lo demuestra el hecho que en 25 años el servicio de otorrinolaringología del Hospital General S.S. únicamente mandó a 2 pacientes para su estudio angiográfico; esto es explicable por el poco interés que le dan los libros de texto, tales como el tratado de

otorrinolaringología de Deweese<sup>7</sup> que le dedica únicamente 5 renglones a la Arterioesclerosis, enfermedad cardiovascular hipertensiva e hipotensión arterial como causa de vértigo.

El vértigo puede ser difícil de distinguir si es debido a lesión del sistema vestibular o del cerebelo, sin embargo mediante el estudio audiológico nos permitió hasta en 70% hacer el diagnóstico de déficit circulatorio en el sistema vertebrobasilar, de manera similar al reportado con el empleo del doppler.<sup>8,9</sup>

En la actualidad la angioplastia transluminal<sup>10,11</sup> se emplea para ampliar la luz de los vasos estenosados por lesiones arterioesclerosas, enfermedad que cada día se observa con más frecuencia en nuestro país en virtud de que la expectativa de vida ya alcanza los 67 años para el hombre y 71 para la mujer, edad en que esta enfermedad se hace presente, por lo que se deberá difundir el conocimiento de esta patología en nuestro medio para beneficiar a muchos pacientes que no están diagnosticados ya que reunir únicamente 128 angiografías en 25 años no es nada comparado con los 1989 casos de Biedert y otros autores en 5 años.<sup>10</sup>

Es importante señalar que el único procedimiento de certeza en el diagnóstico del vértigo como síntoma de insuficiencia circulatoria del sistema vertebrovascular es el estudio angiográfico, por lo que reportes sin este estudio carecen de validez y dan lugar a confusión.<sup>12</sup> (Figura 3).

Agradecimiento: Se hace patente el reconocimiento por su participación en la realización de estudios angiográficos a los Dres: Eusebio Barajas, Manuel Lara, Alejo Rodríguez, Roque Ferreiro y a todos los que ayudaron en el manejo quirúrgico de los pacientes en particular a los médicos Residentes del Hospital Fernando Quiroz ISSSTE.

**CUADRO No. III**

### Resultados

Asintomáticos	64 pacientes	84%
Mejoría	9 pacientes	12%
No se modificó la sintomatología	3 pacientes	4%
Resultados buenos a excelentes		96%

### Referencias Bibliográficas

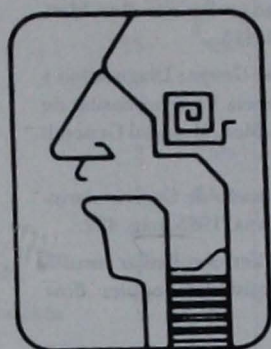
1. Savory W.S.: Case of a young woman in whom the main Arteries of both upper extremities and of the left side of the neck were throughout completely obliterated. Tr. Med. Chir. Soc. (London) 1856. 39:205.
2. Chiardi H.: Ueber thrombose autchthone oder embolische der carotis communis bei ber endarteriüs chronica deformans Deutsch Gesellsch. 1906. 9:326.



3. *Moniz E.*: L'encephalographie arterielle, son importance dans la localisation des tumeurs cerebrales. *Rev. Neur.* 1927. 2: 72, 90.
4. *De Bray J. M.; Dauzat M. y Cols.*: Combined continous wave Doppler and radionuclide delay methods versus angiography in detection of vertebral basilar arterial obstruction. *J. Ultrasound. Med.* 1985. 4: 55-60.
5. *Escobar Aldasoro G.; Archundia A.; Azuara T.*: Tratamiento de la Insuficiencia Vertebrobasilar de origen Extracraneano. Reporte preliminar. *Rev. Med. Hospital General.* 1967. 30: 413.
6. *Escobar Aldasoro G. y Weibel George.*: Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Vertebrobasilar de origen Extracraneano. *Rev. Med. Hospital General.* 1963. 26: 647.
7. *Deweese D.D. y Saunders*: Tratado de Otorrinolaringología 8a. Ed. Interamericana. 1985. pág. 422.
8. *Bandick P.J. y Glover J. L.*: Vertebrobasilar insufficiency evaluation by quantitative doppler flow measurements. A preliminary report. *J. Vascular Surg.* 1987. 15 (4) 594-600.
9. *Biedert S.; Betz H. y Reuther R.*: Direccional C. W. Doppler sonography in the diagnosis of basilar artery Stroke. 1987. 18 (1); 101-107.
10. *Courtheoox P.; Tournude A. y Cols*: Transcutaneous angioplasty of vertebral artery atheromatuous ostial stricture. *Neuroradiol.* 1985. 27 (3): 259-264.
11. *Higashida R.T.; Hieshima G.B. y Cols*: Transluminal angioplasty of the vertebral and basilar artery. *Amer. Jur. Radiology.* 1987. 8 (5): 745-749.
12. *Valencia Gutiérrez C.*: Estudio multicéntrico con la asociación linofilina + dehidroesgocristina en el tratamiento del vértigo de origen circulatorio. Resultado en 158 pacientes, *Investigación Méd. Interna.* 1989. 16: 17-22.
13. *Escobar G.; Curn S.; Cordova L.; Doring H.; Frias A.; Domínguez F.*: Hypogastric Carotid Bypass for Takayasu's Disease. *International Surgery.* 1976. 61: 168-171.

ANUNCIARSE EN LA REVISTA  
ANALES DE LA SOCIEDAD  
MEXICANA DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA





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

Atentamente  
Gerente General  
Lic. Joaquín Bohigas  
Tel. 5439363



## Adenocarcinoma nasal de tipo intestinal. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dr. Marcos A. Rodríguez Perales \*

Dr. Lorenzo González Chávez \*

Dr. Luis Victoria Vera \*

Dr. Mario Gómez Mendoza \*\*

Dr. J.F. Sánchez Marle \*\*\*

*Resumen.*- El adenocarcinoma nasal de tipo intestinal, es una neoplasia extremadamente rara, que se origina en la nariz y senos paranasales, y que por su misma rareza no ha podido unificarse el criterio para su tratamiento. Su característica principal es un patrón histológico similar al del adenocarcinoma de colon, con vellosidades bien desarrolladas. El cuadro clínico se caracteriza por obstrucción nasal y epistaxis. Siendo un tumor invasivo localmente y con un mal pronóstico, que casi invariablemente conduce a la muerte, debido a un gran porcentaje de recidivas locorregionales a pesar de la baja frecuencia de metástasis. Presentamos a un paciente masculino de 67 años de edad quien se le realizó el diagnóstico de adenocarcinoma nasal de tipo intestinal, habiéndosele practicado una resección craneofacial y etmoidectomía bilateral. El paciente presenta actualmente actividad tumoral.

Existe poca bibliografía acerca de este tipo de tumores. La importancia radica en que el pronóstico se relaciona directamente a un diagnóstico temprano, y a que muchos de los casos reportados en la literatura han sido sometidos a polipectomías previas y sin estudio histológico antes del diagnóstico definitivo.

\* Residentes del curso de O.R.L. E.M.G.S. Hosp. Central Mil.

\*\* Jefe de la Sala de O.R.L. Hosp. Central Militar.

\*\*\* Jefe del Servicio de O.R.L. Hosp. Central Militar.

*Summary.*- Nasal adenocarcinoma of intestinal type is a rare neoplasm, arising in nose and paranasal sinus, that for its extreme low frequency has no unified treatment. Its main characteristic is the resemblance to the colon adenocarcinoma with intestinal hairy cells. The clinical presentation is of nasal obstruction and epistaxis, the prognosis is bad with a great regional activity and recidives with low presentation of metastasis. A case of a 67 year old patient with a diagnosis of nasal adenocarcinoma of the intestinal type treated with etmoidectomy and craniofacial resection is presented. The patient still has tumoral activity after surgery. The bibliography about this type of tumors is scarce, and the prognosis is related closely to an early diagnosis.

**Palabras clave:** adenocarcinoma, nariz, histología, neoplasia, metástasis, histopatología.

### Introducción

Las neoplasias malignas que se originan del epitelio de la cavidad nasal y de los senos paranasales son raras, representan el 1.8% de todas las neoplasias malignas en general, y el 15% de los cánceres de vías respiratorias. El tipo epidermoide es el más frecuente, acumulando el 80 a 90% de los casos. Los adenocarcinomas son raros y sólo representan del 4 al 8% de tales neoplasias.<sup>2</sup>



De los adenocarcinomas de la cavidad nasal y de los senos paranasales la mayoría se originan en las glándulas salivales menores y presentan un comportamiento y agresividad semejantes al mismo tipo de neoplasias en otras localizaciones anatómicas. Los adenocarcinomas de la cavidad nasal diferentes a los originados en las glándulas salivales menores, fueron descritos por Citelli y Calamida en 1903<sup>3</sup>. Una de estas variantes es el adenocarcinoma de tipo intestinal, el cual semeja el adenocarcinoma colónico. A pesar de la atención dada a estos tumores en la literatura, los esquemas de tratamiento no son uniformes y lo poco que se conoce de ellos es por reportes en la literatura de casos aislados. Masson y Martin en 1928 fueron los primeros en observar la presencia de células de Kulchinsky en un tumor de la cavidad nasal, atribuyéndose tal hecho a una metástasis neoplásica del tracto gastrointestinal. Autores posteriores observaron su estrecha similitud con los tumores intestinales. Este estudio clínico-patológico de un adenocarcinoma que semeja neoplasia colónica, tiene por objeto dilucidar la conducta biológica y resaltar la importancia de un diagnóstico temprano para un mejor tratamiento.

### Caso Clínico

Paciente masculino de 67 años de edad, originario del estado de Michoacán, dentro de sus antecedentes de importancia: dos hermanos diabéticos finados y tabaquismo de 20 cigarrillos diarios por 55 años. El paciente se presentó a su ingreso con una evolución aparente de dos años, con una masa en la fosa nasal derecha, acompañada de epistaxis ocasional, sensación de obstrucción nasal y rinorrea serohemática. Esta masa presentó un aumento de volumen progresivo, hasta obstruir completamente esa fosa nasal. A su ingreso a nuestro servicio presentaba una masa exofítica, que obstruía completamente la fosa nasal derecha, visible a simple vista, de color blanquecino translúcido, superficie lisa e irregular, capilares notables en su superficie y áreas sangrantes.

En la rinoscopia posterior se visualizó la coana de ese lado obstruida por la lesión. Se tomó biopsia del tumor nasal con reporte histopatológico de adenocarcinoma nasal de tipo intestinal, sometiendo al paciente a una resección craneofacial mediante un abordaje bicoronal, colgajo osteoclástico y etmoidectomía bilateral con preservación de órbitas. Los estudios histopatológicos revelaron bordes

libres de neoplasia. Post-operatoriamente el paciente presentó un absceso frontal izquierdo en el sitio de la insición quirúrgica, manejándose con drenaje y antibioticoterapia, evolucionando satisfactoriamente. Es revizado mensualmente en la consulta externa y cuatro meses después presentó actividad tumoral local (en techo nasal) iniciando radioterapia a dosis de 280 rads diarios por 10 días. Actualmente lleva dos meses sin recidiva aparente.

### Discusión

Los adenocarcinomas nasales pueden originarse en el epitelio superficial de la mucosa, de las glándulas salivales o se pueden presentar como lesiones metastásicas. Los originados en las glándulas salivales menores tienden a presentarse en la parte baja de la nariz, en cambio los de tipo intestinal originados en el epitelio nasal tienden a presentarse en la región superior y laberinto etmoidal.<sup>3</sup>

Su presentación morfológica puede ser papilar, sólida, mucinosa o mixta, considerando que las formas papilares glandulares son menos agresivas que las de patrón sólido y pobremente diferenciado.<sup>5</sup>

El diagnóstico histopatológico del adenocarcinoma primario de la cavidad nasal debe incluir: microscopía de luz y electrónica, así como estudio inmunohistoquímico. Este tipo de neoplasias contienen espacios glandulares y quísticos inmersos en un epitelio columnar pseudoestratificado, reconociéndose también células caliciformes absorptivas y células de Paneth con gránulos eosinofílicos en su citoplasma. La similitud con los tumores intestinales es evidente aun a nivel histológico, conteniendo el citoplasma celular una gran variedad de gránulos densos centrales, similares a aquellos encontrados en células enterocromafines con multiplicidad funcional. Algunos de los gránulos demostrados mediante estudios inmunorreactivos pueden representar agregados de somatostatina, gastrina, serotonina y leucoencefalina, es por ello que se piensa que este tipo de células endócrinas en el tumor pertenecen al sistema paraneural neuroectodérmico.<sup>5</sup>

Por otra parte la utilización de anticuerpos mono y policlonales han permitido detectar marcadores antigénicos específicos como el CAR-5 (una glicoproteína contenida en las células globosas intestinales) y el M-1 (una glicoproteína contenida en las células foveolares



Foto 1

Tinción azul alciano: Se observan patrones glandulares pleomórficos, desorganizados así como mucopolisacáridos.



Figura 2

Tinción de pas y azul alciano: Detalle de un espacio glandular, con marcado pleomorfismo celular y glanulaciones centrales.



gástricas), los cuales son iguales a los contenidos en un análisis ultraestructural del intestino grueso y estómago.<sup>6</sup>

Del paralelismo morfológico y las investigaciones inmunohistoquímicas de marcadores específicos, se llega a la conclusión que es imposible distinguir entre adenocarcinoma nasal de tipo intestinal y el de tracto intestinal. Por otro lado el primero muestra una inmunorreactividad para CAR-5 y M-1 diferente a otros carcinomas incluso al compararla con los originados en las glándulas salivales. La expresión antigénica común mostrada entre la mucosa nasosinusal y la intestinal sugieren una hipótesis histogénica alterna a aquellas a la de un origen mataplásico.<sup>6</sup>

A pesar de que este tipo de neoplasia fue reconocida inicialmente como altamente maligna, estudios subsecuentes han demostrado que el pronóstico está relacionado directamente a la extensión, variedad y a la diferenciación histológica del tumor. La capacidad metastásica de estas neoplasias es extremadamente rara.<sup>3</sup> Muchos pacientes tienen historia de polipetomías repetidas previas al diagnóstico de la neoplasia, enfatizándose con esto la necesidad de un estudio microscópico de todo pólipo.<sup>1</sup>

La etiología del adenocarcinoma nasosinusal esta todavía en duda aunque se ha observado que trabajadores de la madera, pieles e industrias químicas y textiles tienen una incidencia mayor para el carcinoma epidermoide, esta asociación no ha sido demostrada para el adenocarcinoma de tipo intestinal.

Dentro del cuadro clínico los pacientes se presentan con obstrucción nasal uni o bilateral, epistaxis y rinorrea, existiendo cierta predilección por los senos etmoidales.<sup>4,7</sup> El diagnóstico puede ser hecho con una biopsia trasnasal, apoyada con estudios de tomografía computada y resonancia magnética, para determinar la exten-

sión de tejidos blandos y óseos, evaluando la resecabilidad.

El tratamiento de este tipo de tumores depende de una resección quirúrgica extensa, con amplios márgenes libres de tumor y valoración post-operatoria de radioterapia, ya que la muerte del paciente por recidiva o persistencia del tumor es casi siempre debida a invasión de la base del cráneo.<sup>2,3</sup> El abordaje quirúrgico utilizado puede ser hecho mediante rinotomía, bicoronal o interciliar, con acceso al área etmoidal o procedimientos combinados intra y extracraneales, sobre todo cuando hay afección del área cribiforme.<sup>2,3</sup>

El pronóstico para este tipo de tumores es relativamente pobre, con recurrencia local de 50 a 60% y supervivencia del 20 al 25%. Las muertes causadas por el tumor ocurren en el 60% de los casos.<sup>4,7</sup>

## Conclusiones

El estudio histopatológico de pólipos en pacientes de la 4a. década de la vida en adelante, es de extrema importancia debido a que, en los pocos casos reportados en la literatura de Adenocarcinoma nasal de tipo intestinal, es frecuente que exista el antecedente de polipetomías en repetidas ocasiones.

Por otro lado, es de suma importancia el diagnóstico temprano de esta lesión, ya que en esto radica el tratamiento y pronóstico en este tipo de tumores.

## Referencias Bibliográficas

1. Mills S.E.; Fechner R.E.; Cantrell R.W.: Agresive sinonasal lesion resembling normal intestinal mucosa. *Am J Surg Pathol* 1982, 6 (8); 803-9.
2. Gámez A.: Mucinous Adenocarcinoma of the nose and Paranasal sinuses. *Cancer* 1973. 36: 1100-15.



3. Alessi D.M.; Trapp T.K.; Fu Y.S.; Calcaterra T.C.: Nonsalivary sinonasal Adenocarcinoma. Arch. Otolaryngol Head Neck Surg. 1988. 114 (9); 996-9.
4. Barnes L.: Intestinal type adenocarcinoma of nasal cavity and paranasal sinuses. Am J Surg Pathol 1986. 10 (3); 192-202.
5. Batsakis J.G.; Mackay B.; Ordoñez N.G.: Enteric type adenocarcinoma of nasal cavity. An electron microscopic and immunocytochemical study. Cancer. 1984, 54; 855-60.
6. Bonato M.; Piantanida R.; Riva C.; Cis C.; Capella C.: Intestinal Type adenocarcinoma of the nasal y paranasal sinuses. 1989. Acta Otorhinolaryngol Ital. 1989, 9 (3); 297-310.
7. López J.C.; Nevado M.; Elizaguirre B.; Pérez A.: Intestinal Type Adenocarcinoma of the nasal cavity y paranasal sinuses. Tumori. 1990, 76(3); 250-4.



## Otitis media espontánea en rata

Dr. Eduardo Montes de Oca F. \*  
Muz. Emilio Arch Tirado. \*

*Resumen.*- En el presente trabajo se realizó un estudio comparativo y descriptivo en dos grupos de ratas: la cepa Wistar y la cepa Long Evans. Se describen los hallazgos en el oído medio de estos animales. Se realizaron estudios macroscópicos, radiológicos e histológicos de los casos de Otitis Media Espontánea y se analizan los resultados de este modelo espontáneo, que puede ser utilizado para estudiar la Otitis Media.

*Summary.*- In the present paper we made a comparative and descriptive analysis of Spontaneous Otitis Media Infection in two Kinds of strains of laboratory rats: 1. Wistar rats and 2. Long Evans rats. Pathologic findings, roentgenograms, and histologic studies of middle ear infection in animals are described. The results are commented in relation to the possible use of Spontaneous Middle Ear infection like an experimental model of the human pathology.

**Palabras clave:** Otitis media, otitis media espontánea, modelos animales de experimentación.

### Introducción

La otitis es uno de los padecimientos más comunes en la infancia.

En los Estados Unidos de Norte América es la tercera enfermedad más común, superada solamente por el resfriado común y la faringitis<sup>1</sup>, la timpanostomía es el procedimiento quirúrgico pediátrico más común.<sup>2</sup>

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Es poco lo que se hace en los países en desarrollo para prevenir los trastornos auditivos". El número total de sujetos con deficiencia auditiva en estos países es calculado por la OMS en 42 millones de personas, también señala este documento que "El oído que supura es la herencia del pobre".<sup>3</sup>

La mayor parte de los niños de más de un año de edad han tenido al menos un episodio de Otitis Media y muchos han padecido tres o más episodios, puede haber efectos secundarios en el habla, lenguaje y funciones cognoscitivas.<sup>4</sup>

En varios estudios se señala que "Hay susceptibilidad racial en esquimales e indios americanos".<sup>5</sup> La inflamación del oído medio conduce a la invalidez parcial o total en el área auditiva. La pérdida auditiva puede oscilar entre 15 y 70 decibelios.<sup>6</sup>

Se ha señalado a la Trompa de Eustaquio como uno de los principales factores en la patogenia de estos trastornos.<sup>7</sup> En diferentes estudios

\* Instituto Nacional de la Comunicación Humana.



Figura 1-A  
Muestra la bula timpánica engrosada y calcificada.

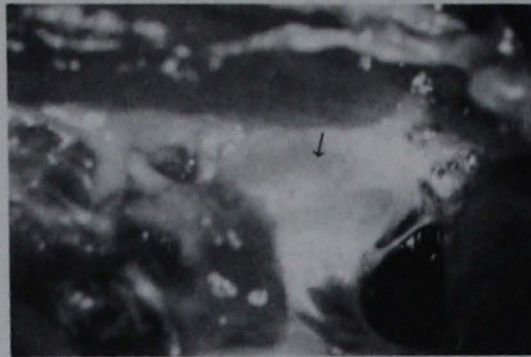
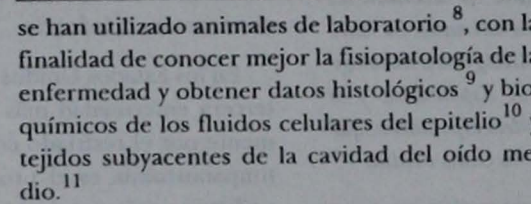


Figura 1-B  
Se observa la bula timpánica ocupada en su totalidad con masa tumoral quística y secreción purulenta. El hueso se encuentra cariado.



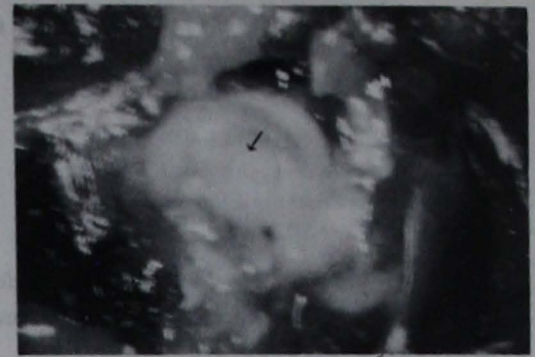
Figura 1-C  
Fotografía de la secreción purulenta en la caja timpánica.



se han utilizado animales de laboratorio<sup>8</sup>, con la finalidad de conocer mejor la fisiopatología de la enfermedad y obtener datos histológicos<sup>9</sup> y bioquímicos de los fluidos celulares del epitelio<sup>10</sup> y tejidos subyacentes de la cavidad del oído medio.<sup>11</sup>



Figura 2  
Señala los correlatos anatómo-radiológicos siguientes:  
2.1.- Opacidad de la bula timpánica derecha. (Correlatos de la figura 1-A).  
2.2.- Masa tumoral quística, (Correlatos de la figura 1-B).  
2.3.- Opacidad en el oído izquierdo secreción purulenta, (correlatos de la figura 1-C).



También se han efectuado una gran variedad de modelos experimentales de Otitis Media en animales tales como: introducir proteínas vegetales y talco en la bula timpánica<sup>12</sup>, con prostaglandinas PGE2 se ha producido Otitis Media por inyección intrabular<sup>13</sup>, por inoculación directa de *Streptococcus Pneumoniae* y colonización nasal<sup>14, 15, 16</sup>, por disfunción tubaria experimental, donde por medios quirúrgicos se secciona el músculo tensor del velo del paladar<sup>17</sup>, también se ha producido Otitis Media por perforación de la membrana, timpánica<sup>18</sup>.

Por otra parte se ha descrito en tratados de medicina veterinaria la Otitis Media Espontánea en la rata sin señalar su incidencia ni sus formas clínicas<sup>19, 20</sup>.

El objetivo del presente trabajo es efectuar un estudio epizootiológico comparativo en la incidencia de Otitis Media en ratas de laboratorio en los bioterios de tipo convencional, así como describir los hallazgos macroscópicos, histológicos y radiológicos.

### Material y Método

Se utilizaron para este estudio 43 ratas de la cepa Wistar y 45 ratas de la cepa Long Evans. Estos animales fueron controlados en el bioterio del Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH).

El bioterio del INCH es de tipo convencional, el agua que los animales ingirieron fue agua corriente y el alimento de marca comercial para roedores.

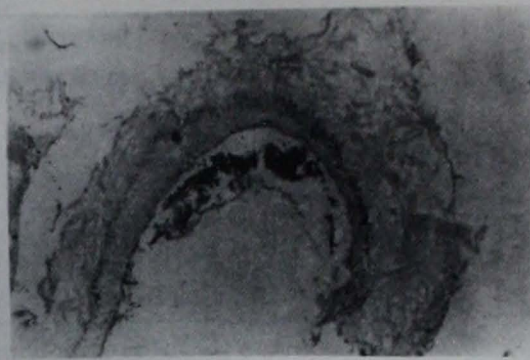
Para este estudio se utilizaron animales adultos, se les sacrificó humanitariamente y después se les practicó un estudio radiológico del cráneo en posición dorsal y lateral, se realizó otoscopia y se describieron las observaciones macroscópicas de la membrana timpánica. Se describieron



**Figura 3-A**  
Microfotografía de la reacción inflamatoria ++ en cartilago y mucosa. (Correlato al hallazgo macroscópico figura 1-B y radiológico figura 2.2).



**Figura 3-B**  
Estudio histopatológico que muestra el epitelio con reacción inflamatoria + de la submucosa, hay predominio de polimorfonucleares. (Correlato de los hallazgos macroscópicos figura 1-C y radiológico figura 2.3).



también los hallazgos macroscópicos del oído medio, la trompa de Eustaquio y la Rinofaringe.

En los casos en que encontramos masas tumorales en el oído medio se extirpó dicha masa y se fijó con formaldehído al 10% para su estudio histológico. Cuando se encontró exudado mucopurulento se tomó muestra para cultivo en gelosa sangre, para efectuar el estudio bacteriológico por técnica de Gram.

La descripción anatómica se realizó en el laboratorio de cirugía experimental del INCH, con equipo de disección y con microscopio estereoscópico quirúrgico Carl-Zeiss 6615.

Los estudios bacteriológicos e histológicos se realizaron en la UNAM-ENEP IZTACALA y en el HOSPITAL METROPOLITANO respectivamente.

Para verificar si existían diferencias en la afectación entre los grupos de animales albinos y pigmentados se utilizó la prueba de chi cuadrada con un nivel de significancia igual o menor de 0.01.

### Resultados

En 21 oídos de la Cepa Wistar (24.4%) y en 2 oídos de la Cepa Long Evans (2.22%) se encontraron masas tumorales quísticas, que ocupaban del 20 al 100% de ella así como secreción puru-

lenta de color amarillento, hueso de la bula timpánica cariado, el resto de la mucosa se encontró engrosada y erosionada la pared ósea de la bula. Estos datos coinciden con la retracción de la membrana timpánica. (Figura 1-A, 1-B, 1-C).

Los estudios radiológicos en estos casos mostraron opacidad de la bula, que coincidió con la presencia de las masas tumorales y/o secreción purulenta en la bula. (Figura 2).

Los resultados de los estudios bacteriológicos efectuados se muestran en el cuadro 1.

Las observaciones histopatológicas fueron las siguientes:

Sobre el tejido conectivo se observó reacción inflamatoria de ++ con pocos leucocitos donde predominan a veces los linfocitos, en otros sitios células plasmáticas y en otros polimorfonucleares (Figuras 3, 3-A), y en otras ocasiones se encuentran mezclados, así como en algunos sitios hubo franco predominio de polimorfonucleares (Figura 3-B).

En 27 oídos de rata Wistar (31.39%) y 13 oídos de ratas Long Evans (4.44%) se encontró congestión de la mucosa de la bula, secreción hialina de la caja timpánica y zonas de hemorragia en la bula, los hallazgos otoscópicos para estos casos fueron: membrana timpánica retraída y congestión en la Pars Flácida (Figura 4 y Figura 5).

**Figura 4**  
Muestra de las dos bulas timpánicas abiertas, en las que se observa otitis serosa.



**Figura 5**  
Muestra de la bula timpánica abierta, con otitis serosa. Los cambios que ocasiona este padecimiento en la tensión superficial, hacen que se observen una burbuja dentro de la caja timpánica.





**Cuadro 1**  
**Hallazgos Bacteriológicos**

Tipo de bacteria	No. de oídos
Stafilococcus	2
Corynebacterium	1
Estafilococo Aureus	1
Estafilococo Albus	2

El análisis estadístico comparativo de la incidencia de Otitis Media en las dos cepas fue el siguiente:

Chi cuadrada = 21.96, grado de libertad = 1, P=0.01 que nos indica que es significativo.

### Conclusiones

La rata es un animal que facilita el estudio de la Otitis Media Espontánea ya que la trompa de Eustaquio es de una longitud muy corta en relación a las demás especies que se utilizan en los bioterios.

Las ratas de laboratorio presentan Otitis Media Espontánea frecuentemente, aún con los cuidados que se realizan en bioterios convencionales.

También es de mencionar que la cepa Wistar puede ser utilizada como modelo experimental para estudios espontáneos de Otitis Media ya que comparándola con la cepa Long Evans la diferencia es bastante significativa utilizando la prueba de chi cuadrada.

Los hallazgos macro y microscópicos corresponden a los que se encuentran en la Otitis Media Crónica espontánea en la rata y son semejantes a los descritos en los padecimientos humanos.

En este trabajo se señalan los hallazgos macroscópicos de la Otitis Media como una infección natural espontánea, utilizable para otros estudios sobre Otitis Media como un modelo ideal, además se pueden efectuar los estudios radiológicos que señalen a las ratas afectadas, para facilitar su diagnóstico en vivo.

### Referencias Bibliográficas

1. National Disease and Therapeutic. Index Speciality Profile: Pediatrics. Leading Reasons for visits to the Pediatrician: AMS America LRD, P.E. 1977.
2. Eichenwald M.E.: Otitis Media in the Child. Hospital Practice. 1985. 30: 51-61.

3. Organización Mundial de la Salud. Conferencia No. 39 "Prevention of Hearing Impairment". 1987.
4. Paradise J.: Otitis Media during early develop. Pediatrics. 1981. 68 (6): 869-873.
5. Beary Q.C.; Blustone C.; Doyle J.: Eustachian tube fuction in an American indian population. Ann otol rhinol laryngol, suppl 68. 1980. (89): 28-35.
6. Del Villar R.: La infección ótica como causa de la hipoacusia. Revista de Sanidad Militar. 1986. 40 (3): 81-8.
7. Blustone C.D.: Manual of impedance and audiometry assesment, of eustachian tube fuction. en: Jerger J. Ed. American Electromedics Corporation. 1975.
8. Giebink S.G.; Chairman E.; Thomas F.: Animal models of Otitis Media. Recent advances in Otitis Media with effusion report of research. Ann othol rhinol laryngol, suppl 116. 1985. (94): 23-24.
9. Takasakat H.: Histopatological changes of eustachian tube in Otitis Media with effusion animal models. Auris nasus laryns, supl 1. 1985. (12) 528-529.
10. Juhn S.K.; et al: Biochemical Pathology of Otitis Media with Effusion Acta Otolaryngol (Stockh), suppl 414. 1984. 45-51.
11. Olson L.D.; Mc. Cune E.: Histopathology of Cronic Otitis Media in the rat. Laboratory animal care, 1986. 18: 475-485.
12. Montes de Oca F.E.: Inflamación proliferativa experimental del oído medio. An Soc. Mex. Orl. 1967. 10: 5-6.
13. Timothy T.K.; et al: Prostaglandin on the composition of chinchilla middle ear effusion. Recent advances in Otitis Media with effusion. Ann Othol rhinol laryngol, suppl 68. 1980. (89): 153-159.
14. Giebink S.G.; Quie P.G.: Animal models for studing pneumococcal vaccine efficacy. Recent advances in Otitis Media with effusion. An Othol Rhinol Laryngol, suppl 68. 1980. (89): 339-343.
15. Lewis D.M.; et al.: Experimental Otitis Media in Chinchillas. Recent advances in Otitis Media with effusion. Ann othol rhinol Laryngol, suppl 68 1980. (89) 344-350.
16. Meyerhoff W.L.; et al. Silent Otitis Medina and Animal study ann othol rhinol laryngol. 1984. 93: 136-139.
17. Philips J.; et al: Effects of surgical alteration of the tensor veli palatine muscle on eustachian tube fuction. Ann othol rhinol laryngol, suppl 68. 1980. (89): 43-47.
18. Goycolea P.; et al: Otitis Media with perforation of the Tympanic Membrane a Longitudinal Experimental Study. Laringoscope, 1980. 90 (12): 2037-2045.
19. Jubb and Kennedy: Patology of Domestic Animals, volumen II. Editorial Academic Press. 2a. edición: 1970. 443-547.
20. Merk: Manual de Medicina Veterinaria: 1986. 975-982.



# Rinorrea de líquido cefalorraquídeo post-traumática y hematoma epidural. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Dr. Felipe Arriaga Rosales\*

*Resumen:* Se describe el caso de un escolar que presentó traumatismo craneoencefálico y posteriormente rinorrea de líquido cefalorraquídeo así como hematoma epidural frontal, se le practicó craneotomía y cierre de la fístula, se hace incapié en el diagnóstico clínico, en la gran ayuda de las tomografías computadas y finalmente se manifiesta el manejo interdisciplinario en este tipo de casos.

*Summary:* A child with cranial trauma, complicated with nasal cerebrospinal leakage and epidural frontal hematoma is present. The surgical treatment was made by means of a frontal craniotomy and closure of the defect.

*The clinical diagnosis, the importance of computed tomography as well of a multidisciplinary approach in this cases is discussed.*

**Palabras clave:** Rinorrea de líquido cefalorraquídeo, hematoma epidural.

## Introducción

En 1834, Kin<sup>1</sup> describió la salida de LCR a través de la nariz, haciendo una aportación muy importante a la rinología de su época.

Las causas más frecuentes son fracturas de la lámina cribosa<sup>1,2,3,4,6</sup> y<sup>8</sup> fracturas de la fosa anterior del cráneo<sup>5,12,16,17</sup>, dehiscencia de las paredes esfenoidales<sup>15,18</sup>, malformaciones congénitas<sup>19,20</sup>, lesiones penetrantes de cráneo<sup>6,12,16</sup>, post-quirúrgicas y/o iatrogénicas<sup>14,15,20</sup>

El síntoma clave es la salida de líquido claro transparente, con aspecto de agua de roca, por alguna de las fosas nasales, generalmente al inclinar la cabeza, así como cefaleas y vértigo, al estudio de LCR se encuentra con presencia de glucosa, de proteínas y no se precipita con el ácido acético<sup>1,2,3</sup>.

El diagnóstico se debe confirmar con estudios tomográficos contrastados<sup>5,9,10,11,17</sup> y búsqueda de la fístula con medios marcadores (metrizamida),<sup>18,19,21</sup>. Las complicaciones de fistulas de LCR no tratadas o no resueltas pueden ocasionar infecciones cerebrales o meningeas muy importantes.

En cuanto al manejo del cierre de la fístula se han descrito múltiples tratamientos, desde materiales inertes (cianoacrilato), así como hueso, fas-

\* IMSS H6Z-1, Servicio ORL, Tepic, Nayarit



**Figura I**  
Fractura de hueso frontal, que se extiende hasta la sutura bregmática, seno frontal y celdillas etmoidales izquierdas.



**Figura II**  
Fractura de huesos propios nasales, vómer, celdillas etmoidales y esfenoides izquierdo. Líquido CR en celdillas etmoidales y seno esfenoidal izquierdo.



cia, tejido graso, tejido muscular, goma de fibrina y sutura de los desgarros de la duramadre. De todos, los más recomendados y que mejor resultados han dado son las reparaciones con tejido graso y fascia o bien tejido graso-muscular y hueso<sup>7,13,16,19.</sup>

En cuanto a las vías de abordaje se dividen en dos grandes grupos, las extracraneanas e intracraneanas, se menciona que se debe utilizar la vía intracraneana en los casos de recidivas de la fístula de LCR, en caso de lesiones cerebrales concomitantes y utilizar las vías extracraneanas cuando las fístulas sean a nivel etmoidal o en el piso del esfenoides y que no exista compromiso neurológico.<sup>13,16,18,19,21</sup>

### Caso Clínico

Paciente masculino de 10 años de edad originario de Acaponeta, Nayarit, que inicia su padecimiento al sufrir accidente automovilístico con traumatismo craneo-encefálico y pérdida de la conciencia por espacio de 2 hrs sin ningún otro dato de interés.

Fue tratado en su lugar de origen con soluciones parenterales, corticoides y antimicrobianos, se le realizó radiografías simples de cráneo, reportándolas normales, posteriormente a las 48 hrs, es referido a nuestra consulta con salida de

LCR en cantidad importante por la fosa nasal izquierda, sin ninguna otra sintomatología.

La exploración física de otorrinolaringología, sólo reportó salida de LCR por la fosa nasal izquierda, que se envió a estudio citoquímico, reportándola positiva a glucosa y proteínas con estos datos se le practica tomografía computada de cráneo encontrando fractura de huesos frontales que se prolonga hasta la sutura bregmática, piso anterior y medio, fractura de etmoides izquierdo, así como reborde orbitario interno izquierdo y fístula de LCR a nivel etmoidal, por otra parte se observa un hematoma epidural en región frontal izquierda que colapsa parcialmente el sistema ventricular y rechaza el cuerno frontal izquierdo hacia la derecha y atrás.

La valoración neurológica, la exploración de pares craneales y fondo de ojo fueron normales.

Con todos estos datos se consulta con el neurocirujano y ante la presencia del hematoma epidural y el riesgo que implica su evolución, se procede a practicarle un abordaje frontal por vía coronal.

Durante la intervención se encontró un hematoma epidural de 6 cm de diámetro, las fracturas ya descritas, así como un desgarramiento de la dura madre a nivel de la apófisis crista galli de 1 cm de longitud, por donde drena abundante LCR, se procede a evacuar el hematoma, hemostasia de los

**Figura III**  
Fractura de reborde orbitario derecho, celdillas etmoidales, huesos propios y cara anterior de la silla turca.



**Figura IV**  
Hematoma frontal izquierdo, que rechaza el lóbulo frontal izquierdo y el cuerno frontal del sistema ventricular.





vasos sangrantes y se sutura el desgarro de la dura madre con seda 3 ceros, protegiéndola con gelfoam, controlándose de inmediato la fistula de LCR.

Su evolución fue satisfactoria dándolo de alta a los cinco días de post-operado, sin datos neurológicos anormales y sin evidencia de fistula de LCR.

Su manejo médico intrahospitalario fue a base de soluciones parenterales, manitol, corticoides, analgésicos, cefalosporinas y reposo.

A los seis meses de post-operado se encuentra asintomático sin fistulas de LCR, neurológicamente normal y la herida de abordaje coronal cicatrizada.

### Comentario

La razón de presentar este caso es poner de manifiesto que la valoración de todo paciente politraumatizado y principalmente de cráneo debe ser multidisciplinario y no dejar pasar por alto ninguna sintomatología, como fue el caso de este niño, en que no se le concedió ninguna importancia a la rinorrea unilateral. Por otra parte se hace énfasis en los estudios de imagen, en donde las radiografías convencionales son de escasa utilidad y pueden ocultar patología importante, es necesario contar con estudios tomográficos computados para poder determinar el sitio y grado de lesiones <sup>8,9,11,17,18,19,21</sup>.

En cuanto a su manejo quirúrgico existen dos corrientes que son el abordaje intracraneano y el extracraneano, nosotros nos decidimos por el abordaje intracraneano con apoyo del neurocirujano ya que aparte de la fistula de LCR existía un hematoma epidural en evolución.

### Referencias Bibliográficas

1. Ballenger J: Rinorrea, enfermedades de la nariz, garganta y oídos, 1. edición, Jims: 105-106, 184.
2. Levy-Pinto S: Rinorrea, Otorrinolaringología Pediátrica, 2. edición, Interamericana: 214-216.
3. Levy-Pinto S: Rinorrea de LCR, Diccionario-Clinico-Terapéutico de Otorrinolaringología, 1. edición, científica PLM: 355.
4. Probst R.; Fiebach A.; Moser A.: Fronto-Basal Fractures in the child, Universitatsk Klinik fur Hals, Laryngorhino-Otologie, Mar 1990 69 (3): 150-154.
5. Yamamoto Y.; Kunishio K.: Identification of CSF Fistulas by Radionuclide counting, Matzuyama Shimin Hospital, Japan, Department of Neurological Surgery, AJNR; Jul-Aug, 11 (4): 823-826.
6. Tokitsu M.; Yokoyama H.; Hara M.; Takeuchi: Skull Base-Penetrating injuries caused by umbrella tips. Department of Neurosurgery, Kyorin University Scholl of Medicine, Tokyo. No-Shinkei-Geka; Feb 1990; 18 (2): 189-192.
7. Yessenow R.S.; McCabe B.F.: The Osted-Mucoperiosteal flap in repair of cerebrospinal fluid rhinorrhea: 20-Year Experiencie. Otolaryngology-Head-Neck-Surg; 1989; 101 (5): 555-558.
8. Liu-Shindom; Hawkin D.R.: Basilar Skull Fractures in Children. J-Pediatr-Otorhinolaryngol; 1989; 17 (2): 109-117.
9. Wocjan J.; Klisiewicz R.: Overpressure Radionuclide Cisternography and Metrizamide Computed Tomography Cisternography in the Detection of Intermittent Rhinoliqorrheas in Children. Childs-Ner-Syst; 1989; 5 (4): 238-240.
10. Reisinger P.W.; Hochstrasse K.: The Diagnosis of CSF Fistulae on the Basis of Detection of Beta 2 Transferrin by Polyacrylamide gel Electrophoresis and Immunoblotting. J-Clin-Chem-Clin-Biochem; 1989; 27 (3): 169-172.
11. Chow J.M.; Goodman D; Mafee M.F.: Evaluation of CSF Rhinorrhea by Computerized Tomography with Metri Zamide. 1989; 100 (2): 99-105.
12. Roth M.; Kornblut A.D.; Spetka L.M.: Penetratin Injuries Involving the anterior Cranial Fossa. Arch-Otorhinolaryngol; 1989; 246 (6): 411-416.
13. Nishihira S.; Hanazawa S.: The use Fibrin Glue for the Repair of Experimental Nasal CSF Leak in Rats. Nippon-Libiinkoka-Gakkai-Kaiho: Dec 1989; 92(12): 2094-2099.
14. Stankiewicz J.A.: Complication of Endoscopic Sinus Surgery. Otolaryngol-Clin-Noth-AM; 1989; 22(4): 749-758.
15. Claros P.; Claros A. Jr.: Apropos of case of Recurrent Meningitis. Act-Otorrinolaringol-Esp; Dec 1989; 40 suppl 2: 223-227.
16. Vrankovic D.; Glavina K.: Cranioplasty of the anterior Fossa Traumatic bone Defect Using Autologous Cancellous Bone. Neurochirurgia-Stuttg; 1989; 32(4): 110-115.
17. Fiebach A.; Landolt H.: Frontobasal Fractures in Children. Kantonsspital, Basel. Hno; Jun 1989; 37(3): 287-291.
18. Rajshekhhar V.; Hathai K.V.: Non-Traumatic-Cerebrospinal Fluid Rhinorrhea the Normal Pressure Leaks. Acta-Neurochir; 1989; 96(3-4): 114-117.
19. Brockbank M.J.; Veitch D.Y.: Cerebrospinal Fluid in the Rhinitis Clinic. J-Laryngology-Otol; Mar 1989; 103(3): 281-283.
20. Ballina E.; Gallo O: Cerebrospinal Fluid Rhinorrhea and Unilateral Nasal Polyposis: A Case. Auris, Nasus-Larynx; 1989; 19(1): 39-44.
21. Virte M.; Roland J.: Spontaneous Rhinorrhea of a Rare Etiology (Apropos of Empty Sella Turcica). Ann-Otolaryngol-Chir-Cervicofac; 1990; 10(1): 43-46.





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

Atentamente  
Gerente General  
Lic. Joaquín Bohigas  
Tel. 5439363



## Notas e Informaciones

### Congreso Nacional

El XLII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabezas 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: 543 93 63

### 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 su programa definitivo.

Fundamentalmente los temas serán de controversias en, por ejemplo, Menier, rinoplastia 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 \$ 1,100.00 U.S Cy y \$ 875.00 para residentes.

Las fechas de los cursos serán los siguientes: 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 West Third Street  
Los Angeles, California 90057  
(213) 483-4431

### 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 90's. 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 Venecia, Italia  
S. Polo 2120  
Tel. (41) 524-2469  
Fax (41) 524-2468

### XV Congreso Mundial

Con el patrocinio de la IFOS, se celebrará del 20 al 25 de junio de 1993 el XV Congreso Mundial de Otorrinolaringología en la bella e histórica ciudad de Estambul en Turquía.

Los temas de las sesiones plenarias serán:

1. timpanoplastia,
2. patología y alergias rinosinusal,
3. procedimientos reconstructivos en cabeza y cuello,
4. epidemiología en ORL y
5. inmunología en ORL.

Para mayores informes:  
XVth Word Congress of ORL  
PK 19 Cerrahpasa 34303  
Istambul Trkiye  
Tel-Fax: (90-1) 158-5455



## Cartas al Director

México, D.F., a 16 de octubre de 1991.

**DR. RAFAEL GARCIA PALMER**  
Director-Editor  
Anales de Otorrinolaringología Mexicana  
P R E S E N T E

Estimado Dr. García Palmer:

Revisando el artículo "Sinusitis maxilar infecciosa crónica manejada con Caldwell-Luc bajo visión microscópica" por los Dres. Eduardo López Demeritus y Eduardo López Lizárraga, publicado en los Anales de la Sociedad Mexicana de ORL No. 3, Vol. XXXVI de 1991; me llamó la atención, el que se atribuyen el diseño de la técnica microquirúrgica, en la revisión etmoidal Trans Caldwell-Luc y revisión endonasal, cuando ésta fue introducida y descrita por Prades<sup>1</sup> en 1970 y utilizada en un sinnúmero de pacientes desde entonces<sup>2</sup> y <sup>3</sup> con resultados exitosos.

### Bibliografía:

1. Prades J.: Microcirugía Endonasal, Editorial Garci, Barcelona, España, 1970.
2. Yañez C.; De la Cruz S.: Sinusitis Maxilar: Microcirugía endonasal vs Caldwell Luc, Acta ORL Española. 1987. 38(4): 214-216.
3. Sulsenti A.; Yañez C.: Endonasal Microsurgery of the Middle Meatus: Rhinology 1987; 25(4): 285-6.

Sin más por el momento quedo de usted.

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Yañez García.

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



Anales de la Sociedad Mexicana de O.R.L. y C.C.C.

PRESENTE.

Con motivo del editorial publicado por la revista que usted dirige en su volumen 25 No. 4, firmado por el Dr. Andrés Bustamante, la Sociedad Mexicana de Audiología y Foniatría y el Consejo Mexicano de Audiología, Foniatría y Comunicación Humana hacen las siguientes consideraciones que suplicamos tome usted en cuenta para su publicación.

Partiendo de la base que el conocimiento es una cualidad universal y que no está limitado a nadie, la medicina, diversificó sus conocimientos y los extendió en la medida del crecimiento científico y la evolución de la tecnología. Esto, de alguna forma obligó también a adoptar posiciones individuales en sus diversas especialidades. Todas ellas, han dado a luz a otras disciplinas y surgen cada día un mayor número de especialidades médicas. Este desarrollo continuará de manera interminable en tanto, el hombre piense y exista y el médico continúe su afán en búsqueda de la salud.

Al iniciar el presente siglo, surgió una agrupación de médicos que atendían los padecimientos de ojos, oídos, nariz y garganta, años después la oftalmología se separaba y de manera individual tomaba el lugar que le correspondía dentro de la medicina.

La Audiología, Foniatría, Otoneurología y Medicina de la Comunicación Humana, surgieron de la misma forma y actualmente son especialidades que se han consolidado ya bajo una misma identidad y que agrupa a un Consejo y una Sociedad indiscutiblemente reconocidos por la Academia Nacional de Medicina y debidamente prestigiados. Somos un grupo de Médicos, no técnicos, para fortuna de nuestro País, en contraste con nuestros vecinos al norte de la frontera. Todos ellos, formados en programas que abarcan las disciplinas necesarias para el manejo médico y rehabilitatorio del paciente con hipoacusia y vértigo, las alteraciones de voz y las alteraciones del lenguaje y aprendizaje. Carecen de la habilidad quirúrgica que el otorrinolaringólogo posee; pero no faltará mucho tiempo para que también adquiera esa disciplina.

Consideramos una posición muy injusta y por demás unilateral, que se realicen juicios, por la actuación de unos cuantos, de la posición de todo un gremio médico. Es cierto que algunos de nuestros colegas especialistas a los que alude el editorial, no han adquirido destreza y el conocimiento debidos, tal vez, por su muy personal apatía de superación profesional y académica. Pero ¿en qué rama del conocimiento no existen estas fallas personales?

Actualmente las certificaciones obtenidas a través de los consejos médicos avalados por la Academia Nacional de Medicina logran la vigencia en el conocimiento de cada especialidad, o por lo menos, crean la conciencia de obtenerlo. Nuestros especialistas certificados no son la excepción, todos ellos han demostrado su capacidad para el diagnóstico y manejo de cualquier paciente con hipoacusia y vértigo.

Invitamos a reflexionar a nuestros colegas, otorrinolaringólogos sobre los siguientes planteamientos:

¿Quién mejor que un Audiólogo para vigilar, alentar y conducir la rehabilitación de un niño sordo y de un adulto ensordecido?

¿Quién mejor que un Audiólogo y Otoneurólogo para investigar y manejar el origen de un acúfeno o de un vértigo central o periférico?

¿Consideran ustedes que un paciente puede ser manejado de mejor manera si se realiza un estudio otológico funcional en el consultorio de un solo especialista en donde en el mejor de los casos, es un técnico quien lleva a cabo las pruebas y el médico las interpreta?

¿No sería mejor para ese mismo paciente, sea valorado por más de un médico y que quien recibió el adiestramiento en estas disciplinas las realice personalmente y ofrezca su opinión diagnóstica?



Los pacientes merecen lo mejor de nosotros, el negarles el manejo multidisciplinario que ameriten sería una violación a la ética profesional.

Afirmamos que algunos especialistas otorrinolaringólogos no han limitado sus conocimientos y pueden competir en muchos campos del conocimiento audiológico y otoneurológico, pero también hay que reconocer que existen quienes desconocen absolutamente las aplicaciones, interpretaciones y realización de estas disciplinas.

El transpolar esta realidad a lo que el Dr. Bustamante hace, sería tanto como si alguno de nosotros juzgara la actuación y manejo quirúrgico en el campo otológico de todo el gremio al recibir a los pacientes cuyo fracaso o mal manejo quirúrgico se evidenció en un estudio audiológico, y por ende recomendar que los pacientes con padecimientos otológicos no deberían ser tratados por los otorrinolaringólogos.

En este país los médicos hemos tomado caminos diferentes, pero todos hemos estudiado medicina, con los mismos programas de enseñanza y hemos invertido un número similar de años en la preparación de nuestra formación. Ninguna especialidad médica tiene la categoría moral ni profesional de juzgar o establecer limitaciones hacia otra.

Si el tiempo, las necesidades y la evolución de la medicina moderna han desarrollado conocimientos diferentes a los de la formación inicial en algunos de sus representantes deberíamos de sentirnos orgullosos y estamos en la obligación de alentarlos y orientarlos si consideramos que son equivocados, pero no criticarlos ni juzgarlos irreflexivamente.

¿De qué manera podemos limitar la actuación quirúrgica ó terapéutica de otros colegas que han demostrado capacidad, buen juicio y preparación? ¿Por qué de antemano voy a condenar a un cirujano plástico que realiza una rinoplastía si un otorrinolaringólogo puede realizar con destreza una blefaroplastía? ¿Por qué me voy a molestar si un neurólogo, un internista, un audiólogo o un endocrinólogo pueden manejar médicamente un vértigo debidamente diagnosticado si existen otorrinolaringólogos que conocen y realizan el abordaje de la fosa posterior o de la región trasafenoidal con toda destreza?

¿Por qué si el otorrinolaringólogo se ha diversificado hacia la cirugía de cuello el cirujano general y el cirujano pediatra no pueden hacerlo hacia las amígdalas?

Debemos estar abiertos a aceptar los cambios y otorgar a QUIEN LO MEREZCA Y DEMUESTRE el conocimiento de su capacidad. No es justo generalizar. Sería de sabios y de compañeros el discutir en todo caso de manera individual para beneficio de quienes confían a nosotros sus padecimientos.

#### ATENTAMENTE

**Dr. Guillermo López Ríos**

Presidente del Consejo Mexicano de Audiología, Foniatría  
y Comunicación Humana.

**Dr. Miguel Angel Collado Corona**

Presidente de la Sociedad Mexicana de Audiología y Foniatría.



## DIRECTORIO DE COLABORADORES

**CLARITYNE**  
LORATADINA 10mg

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

DESCRIPCIÓN: 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, antagónica a los receptores H<sub>1</sub> 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 FARMACOLÓGICAS: Cuando se administra concomitantemente con alcohol, loratadina no ejerce efectos potenciados, como lo demuestran las mediciones hechas en estudios del desempeño psicomotor.

Interacciones farmacológicas en pruebas de laboratorio: El tratamiento con los productos CLARITYNE debe suspenderse aproximadamente 48 horas antes de efectuar cualquier tipo de prueba cutánea, ya que los antihistamínicos pueden impedir o disminuir las reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica.

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

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

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

PRECAUCIONES: 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 incluirse el vómito en el paciente, aun en el caso de que hubiese ocurrido émisión 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 émisión 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 émisión, se puede intentar la adsorción de cualquier droga que quede en el estómago con la ayuda de carbón activado, administrado como una suspensión espesa en agua. Si el vómito no ha tenido éxito o está contraindicado, debe realizarse lavado gástrico. El agente preferido para el lavado gástrico es la solución salina fisiológica, especialmente en los niños.

En los adultos se puede usar agua corriente; sin embargo, antes de proceder a la siguiente instilación se debe quitar tanto volumen del líquido administrado como sea posible. Los agentes 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

AMERICAN OVERSEAS TRADING

Audiometría

ASTRA

Bricanyl, Penglobe

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

JANSSEN

Stugeron retard

LEPETIT

Teldane-D

PROMECO

Mucosolvan

PFIZER

Unasyna

ROCHE

Rocephin

RESONANCIA MAGNETICA

Resonancia Magnética un diagnóstico preciso

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

SYNTEX

Febrax, Flanax

STORZ

Instrumentos y Endoscopia para ORL

SHERING - PLOUGH

Clarityne

UPJOHN

Ansaid, Dalacin - C





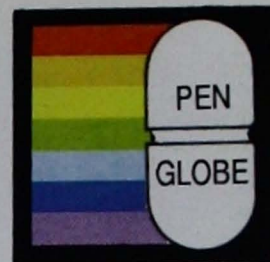
**ANUNCIESE EN LA REVISTA  
ANALES DE LA SOCIEDAD  
MEXICANA DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA**

Atentamente  
Gerente General  
Lic. Joaquín Bohigas  
Tel. 5439363



# Penglobe\*

bacampicilina




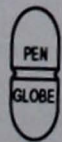
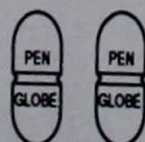

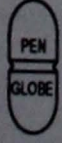
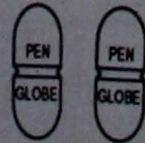
En infecciones:

Respiratorias  
Gastrointestinales  
Genitourinarias

*Nuevamente  
en  
México*



Cómoda dosificación

 12 h	 COMUNES	 SEVERAS
 12 h	 COMUNES	 SEVERAS

**penetración  
global**



---

**Más allá de los  
antihistamínicos  
modernos**

---



**Virlix**  
Cetirizina/Glaxo

**es precisión antialérgica porque**

rompe el círculo  
vicioso de la alergia

---

● **Alergias  
cutáneas**

● **Alergias  
respiratorias**



Más allá de los  
antihistamínicos  
modernos

**Virlix**

Cetirizina/Glaxo

**Precisión antialérgica**



**INFORMACION PARA PRESCRIBIR REDUCIDA VIRLIX TABLETAS**

**FORMULA:**

Cada tableta contiene:  
Dihlorhidrato 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.  
Calz. México-Xochimilco No. 4900  
Col. San Lorenzo Huipulco  
14370 México, D.F.



**Penglobe\***

FORMULA: Cada TABLETA contiene:

Bacampicilina.....400mg.

DESCRIPCION: PENGLOBE es bacampicilina, 1-etoxicarboniloxietil-6- (D-alfa-aminofenilacetamido) penicilato: un desarrollo de la molécula ampilínica, sintetizado por ASTRA, Suecia.

INDICACIONES: Tratamiento de infecciones ocasionadas por microorganismos sensibles grampositivos y gramnegativos.

En infecciones de vías respiratorias altas como: amigdalitis, otitis media, sinusitis, faringitis, laringitis, epiglotitis.

En infecciones de vías respiratorias inferiores como: bronquitis aguda, bronquitis crónica y neumonía.

En infecciones del tracto urinario como: cistitis, pielonefritis aguda y crónica, bacteriuria asintomática, prostatitis, gonorrea.

Infecciones de la piel y tejidos blandos.

Infecciones gastrointestinales.

CONTRAINDICACIONES: Las alergias comunes a las penicilinas y/o a las cefalosporinas.

PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:

Debe usarse con precaución en el primer trimestre del embarazo y durante la lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS: Puede presentarse una hipersensibilidad a la ampilina, como ocurre con otras penicilinas. Los casos reportados con PENGLOBE son raros, benignos y transitorios, y no es necesario habitualmente suspender el tratamiento. Los problemas intestinales son poco frecuentes: diarrea, dispepsia, menos del 1%.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS: Deberá ser tomada con precaución en pacientes que reciben actinomicina D, analgésicos como los salicilatos y derivados pirazolidínicos, heparina y sulfonamidas.

PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE FERTILIDAD:

Numerosos estudios controlados han demostrado que la ampilina no induce efectos carcinogénicos, mutagénicos, teratogénicos, ni tiene efectos sobre la fertilidad.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: Adultos y niños mayores de 7 años, una tableta por vía oral de 400mg. 2 veces al día (una por la mañana y otra por la noche). En los casos de infecciones graves se duplicará la dosis.

Niños menores de 7 años de 25 a 50 mg/kg de peso repartidos en 2 tomas al día (una por la mañana y otra por la noche).

SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y MANEJO: Las manifestaciones por sobredosificación de bacampicilina son urticaria, fiebre, neuritis periférica, respiración jadeante, prurito, enrojecimiento de la piel, hipotensión postural y arritmias. El manejo consiste en la administración de 1ml. de epinefrina a 1:1,000 por vía IM, difenhidramina, 50mg. lentamente por vía IV, dexametasona, 1 mg/kg, cada 6 horas hasta que los síntomas cedan y respiración artificial con presión positiva.

PRESENTACION: Caja con 10 tabletas de 400mg. en tira de aluminio.

Consérvese en lugar fresco y seco.

Su venta requiere receta médica.

Literatura exclusiva para médicos.

ASTRA CHEMICALS S.A., Av. Urbina 15, Parque Industrial Naucalpan, Edo. de México.

Reg. Núm. 90370 S.S.A. IPP-R RGE-1404

Investigación original de

**ASTRA**



**Zyrtec\***  
CETIRIZINA



Porque la rinitis alérgica  
es más que histamina



**Zyrtec\***... más que un  
CETIRIZINA antihistamínico

Hoechst 



# Eskafiam

# Zyrtec

CETIRIZINA

Tabletas peliculadas

**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 anti serotoninérgicos. 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 las 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 H1 sin efectos anticolinérgicos y anti serotoninérgicos 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 (Polipéptido 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 prudencia, 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 cimetidina 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 teratología 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.

Hasta la fecha no se conoce antídoto específico.

**Presentación:**

Caja con 10 tabletas en envase de burbuja.

Manténgase en lugar fresco y seco.

Manténgase fuera del alcance de los niños.

**Indicación:**  
Cada tableta contiene:  
100 mg  
Excipiente c.b.p. 1 tableta

**Indicaciones terapéuticas:** Procesos inflamatorios de las vías respiratorias altas (faringitis, faringoamigdalitis, faringoamigdalotomía, sinusitis, otitis), rinitis alérgica, asma bronquial, dolor dental, traumatismos (luxaciones, esguinaduras, fracturas), artritis reumatoide, osteoartritis, bursitis. En infecciones 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 heparina gastrointestinal activa o úlcera gastroduodenal en fase activa, riñones, insuficiencia cardiaca, renal y hepática, hipertensión arterial.

**Efectos indeseables:** Normalmente, a las dosis recomendadas, Eskafiam es bien tolerado. Ocasionalmente se observa la aparición de efectos secundarios como la pruritis, náusea y gastrointestinales y transitorios, rara vez a tal grado que se requiera suspensión del tratamiento. Se han observado casos raros de erupción cutánea de tipo alérgico.

Siempre que durante el uso de Eskafiam no se han advertido señales en este sentido, se deberá tener presente que este producto, de manera similar a otros que se administran con otros fármacos no esteroideos, podría causar vértigo, mareos, 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 trastornos 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.

Se aconseja no 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:**

Siempre que la investigación experimental con Eskafiam no ha mostrado toxicidad embrio-fetal, igual como sucede con todos los fármacos nuevos, no se aconseja 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 Otras:**

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

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

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

**Posología y Modo de Administración:**

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

**Administración:**

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

**Advertencias:**

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

**Dosificación:**

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

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

**Presentación:**

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

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

1) Sullivan T. et al. Prevalent pharmacological studies with Nimesulide. For presentation at the 11th World Conference on Pharmacology, Antihistamines, Prostaglandin Synthetase Inhibitors, Venice, April, 18-19, 1994.

2) U.S. Patents 5,200,000.0. Discovery with Nimesulide, a new non-steroidal anti-inflammatory agent, in rheumatoid pathology. J. Nat. Med. Res. 9, 587-592.

3) Vignani R. et al. Mechanism of action of novel anti-inflammatory drugs. Differences and AHS. Biochem. Pharmacol. 55, 337-347.

4) Maffei M. et al. Influence of AHS on pH sensitivity and reactivity of rat myometrium. Arch. Int. Pharmacodyn. 238, 211-225.

5) Ruffin C. et al. Mode of action of anti-inflammatory nitrobenzimidazoles. Biochem. Pharmacol. 51, 22-30, 1993.

6) Ruffin C. et al. Nimesulide in the treatment of fever. A substituted cyclooxygenase direct test. J. Med. Res. 72, 2-12, 1994.

L.MED. QGE-1020/J Reg. SSA. 034MB9

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

# VONTROL

ANTIEMETICO

**COMPOSICION/TABLETAS:** Cada tableta contiene 25 mg. de difenidol como clorhidrato.  
**AMPULA:** Cada ampola de 2 ml. contiene, en solución acuosa, 40 mg. (20 mg./ml.) de difenidol.  
**NOMBRE QUIMICO:** difenil-piperidibutanol.

**ACCION:** En vértigo VONTROL aparentemente ejerce una acción anti vértiginosa específica sobre el aparato vestibular.

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

**INDICACIONES:** Para prevención y control del vértigo. VONTROL está indicado para la prevención y control del vértigo periférico, como se ha visto principalmente en la enfermedad de Ménière, laberintitis, otitis media, cirugía del oído medio e interno, trauma al aparato vestibular, y enfermedad del movimiento. El VONTROL también puede ser útil para el control del vértigo central en casos tales como: la insuficiencia de la arteria basilar-vertebral, ciertos accidentes cerebrovasculares y sus secuelas, infecciones tales como: 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 alimentaria), estados postquirúrgicos, enfermedades del movimiento.

**POSIS 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 venoclavos 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 perivascular.

Dosis pediátrica para náuseas y vómito.

**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 infantil en niños se calcula mejor por peso corporal usualmente 1 mg/kg oral y 0.5 mg/kg intramuscularmente.

**Cuadro de dosis Pediátricas (dosis por unidad)**

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

Normalmente en los niños no deben darse con frecuencia mayor a cada cuatro horas. Sin embargo, si persisten los síntomas después de la primera dosis, puede repetirse una dosis oral o intramuscular después de una hora. Después, la dosis puede darse cada cuatro horas según sea necesario. No debe excederse la dosis total de 24 horas por arriba de 5 mg/kg oral o 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 de medicamentos (p. ej., digital) y puede oscurecer el diagnóstico de trastornos tales como obstrucción intestinal o tumor cerebral. VONTROL tiene una acción central débil de agente anticolinérgico semejante a cuando se han usado en la terapia agentes como atropina y escopolamina. Estas reacciones pueden ocurrir dentro de los tres días posteriores al inicio de la terapia y desaparecer espontáneamente cuando se suspende la droga. Por lo tanto VONTROL no debe usarse con drogas anticolinérgicas, ni en pacientes hipersensibles a esas drogas. Se debe suspender la droga inmediatamente si tales síntomas ocurren. No debe indicarse la administración intravenosa a personas con antecedentes de taquicardia sinusal, porque este procedimiento puede precipitar un ataque en tales pacientes.

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

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

**SORREDOIS:** 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, de pendiente de la cantidad de sobredosis y la naturaleza de los síntomas.

**PRESENTACIONES:** Tabletetas 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 Tabletetas 3111.

Difenidol Ampollitas 3112.

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

Regs. Núms. 66975 y 66976, S.A. I. Med. QIE-1412/J.

**REFERENCIAS:**

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

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

**SB**  
SmithKline Beecham

Clave: 70650591

**SmithKline Beecham**  
**Hoechst**







# OTITIS MEDIA:

## Una situación dolorosa

### con antecedentes de recurrencia

La actividad del clavulanato resuelve el problema

**A** La otitis media aguda puede convertirse en otitis media secretora y en sordera <sup>(1)</sup>

**A** La eliminación de organismos productores de Betalactamasa previene estas complicaciones <sup>(2)</sup>

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

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

# AUGMENTIN\*

Clavulanato de Potasio

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



# 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 $\geq 30$ 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

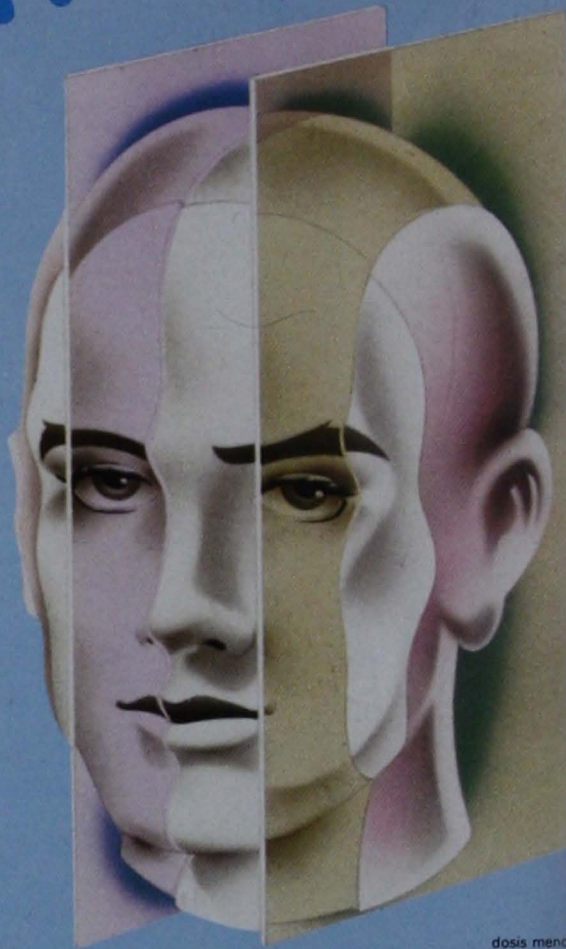
en la clínica ORL

## 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.



### 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, Bronquectasia, 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, Rinitis, Sinusitis, Traqueostomías y Pre y Post-Operatorio y en especial en Cirugía Geriátrica.

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

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

Retard: cada cápsula contiene 0.075 g de Clorhidrato de Ambroxol

Gotas: cada ml. contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.0075 g

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

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

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

dosificación

dosificación pediátrica es de

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. Niños 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 responsabilidad del médico. Manéjense con cuidado las formas retardadas en pacientes con úlcera gástrica.

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

**INTERACCION MEDICAMENTOSA:** MUCOSOLVAN\* Sol. Oral, Comprimidos, Retard y Gotas pueden ser administrados en combinación con otros medicamentos sin riesgo de interacciones adversas, esta combinación es válida sobre todo para tratamientos concomitantes con los gases utilizados 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 mezclado en soluciones fisiológicas o glucosadas al 5 y 10% o en solución de Ringer.

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

MUCOSOLVAN Inyectable es incompatible para mezclar en la jeringa con cualquiera de los siguientes antibióticos: cefadroxilo, rifamicina, 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 ampolletas de 2 ml.

Retard caja con 10 cápsulas de liberación prolongada.

Gotas frasco con 30 ml.

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

Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos.

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

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

Hecho en México por

**Promeco, S.A. de C.V.**

Calle del Maíz No. 49

16090 México, D.F.

Mucosolvan Retard

Fabricado por Dr. Karl Thomae GMBH

Biberach An Der Riss, Alemania

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

### 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.

Pulmonary surfactant system E.V. Cosmi and E.M. Scarpelli eds. 1983.

3) Lachman B.: THE EFFECT OF AMBROXOL IN NEWBORN AND ADULT ANIMALS WITH SURFACTANT DEFICIENCY. Elsevier Science Publishers B.V. Pulmonary Surfactant System, E.V. Cosmi and E.M. Scarpelli eds. 1983.

4) Curti P.C.: Aumento de la producción de surfactante alveolar por el ambroxol. Pneumologie 147: 62-74, 1972.

5) Wiemeyer, J.D.M.: Influence of ambroxol on the bronchopulmonary level antibiotics. Arzneim - Forsch 31, 974-976, 1981.

6) Manrique M.J. et al. TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA SEROSA CON AMBROXOL ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA, Vol. 45, No. 1, 17-20, 1987.

7) Hills B.A. ANALISIS OF EUSTACHIAN SURFACTANT AND ITS FUNCTION AS A RELEASE AGENT Arch. Otolaryngol. 1984; 110:3-9.

8) Hills B.A. HYDROPHOBIC LINING OF THE EUSTACHIAN TUBE IMPARTED BY SURFACTANT. Arch. Otolaryngol. 1984; 110:779-782.

9) Mira E. et al. PROPRIETA TENSIOATTIVE DELLA MUCOSA DELLA TUBA DI EUSTACHIO POSIBILI CORRELAZIONI CON IL SURFATTANTE ALVEOLARE. Revista Italiana di Audiologia e Foniatria 1985, Vol. 5, No. 3 349-353.

10) Brown D.T. et al. DRUGS AFFECTING CLEARANCE OF MIDDLE EAR SECRETIONS: A PERSPECTIVE TO THE MANAGEMENT OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION. Otolaryngol. Mead Neck Surg. 1985; 94:3-13.







**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**

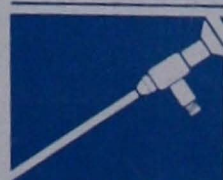
MEDIZIN-TECHNIK GMBH

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

ENTAS

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

Fax. 516-2468

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

OFICINAS



## Cápsulas, tabletas y suspensión

### Antibiótico bactericida de amplio espectro

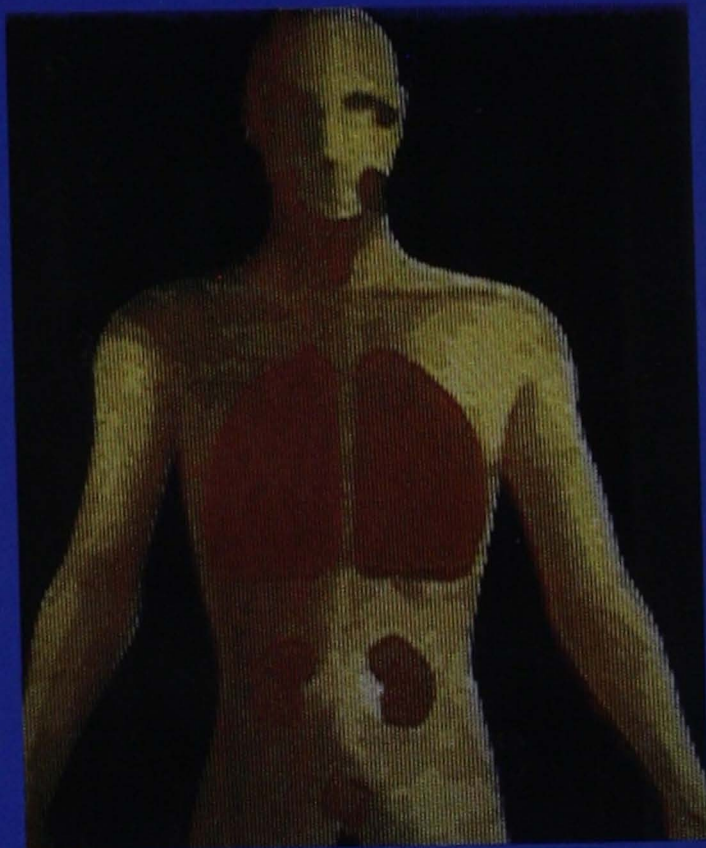
**FORMULA:** Cada CAPSULA contiene: Cefalexina Glaxo, 250 y 500 mg. **SUSPENSION:** Cada 5 ml contienen: Cefalexina Glaxo, 175 y 250 mg. Cada TABLETA contiene: Cefalexina Glaxo, 1 g. **INDICACIONES:** Ceporex es un antibiótico bactericida del grupo de las Cefalosporinas, activo contra una amplia gama 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, articulaciones y gonartritis, 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 metilicinasresistentes, 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* (pseudomona), protozoarios o virus. **DOSIFICACION:** 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. **NIÑOS:** 1 g dos veces al día. **GONORRÍA:** HOMBRES: 3 g + 1 g de Probenecid. MUJERES: 2 g + 0.5 g de Probenecid. **NIÑOS:** 25-50 mg/kg/día, aumentando hasta 100 mg/kg/día en casos graves, sin sobrepasar 4 g al día se recomienda el siguiente esquema: 4-3 meses—82.5-125 mg dos veces al día. 4 meses-2 años—125-250 mg dos veces al día. HOMBRES: 3 g 3-6 años—250-500 mg dos veces al día. 7-12 años—300 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 articulaciones se recomienda continuar con el tratamiento durante dos semanas. En pacientes con insuficiencia renal la dosis máxima recomendada (adultos 6 g/día y niños 4 g/día). Se deberá reducir proporcionalmente. Pacientes adultos bajo diálisis deberán recibir 500 mg de Ceporex adicionales después de la diálisis y en el caso de niños, 8 mg/kg. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a las cefalosporinas. **PRECAUCIONES:** La experiencia clínica no ha demostrado teratogenicidad por Ceporex, sin embargo, al igual que con todos los medicamentos, su empleo durante el primer trimestre del embarazo se debe hacer con precaución. En los pacientes tratados con Ceporex, puede ocurrir una reacción falsa positiva para la glucosa en la orina, con la solución Benedict o Fehling, o con tabletas Clinivet, pero no con las pruebas enzimáticas. Una vez reconstituida la suspensión, conserva su potencia durante 5 días a una temperatura menor de 30°C o durante 14 días debajo de 20°C (no se debe congelar). **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Una pequeña proporción de los pacientes que reciben cefalexina pueden experimentar trastornos gastrointestinales, tales como náuseas, vómito, diarrea, anorexia o malestar abdominal generalizado. Como con todos los antibióticos de amplio espectro, puede aparecer superinfección (algunas veces monilia) 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 deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos. Regs. Nos. 74500, 75240 y 131861, S.S.A. I. Méd. NIE-15142

Glaxo de México, S.A. de C.V.  
Centro 132, Col. Granjas Esmeralda  
09610 México, D.F.  
Glaxo Holdings, Ltd.  
Londres, Inglaterra



# 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/J

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**



**UNASYN<sup>MR</sup>**   
IM/IV  
subactam/ampicilina

#### I. ACCIONES

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

#### II. INDICACIONES

**UNASYN<sup>MR</sup> 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.

**UNASYN<sup>MR</sup> IM/IV** también puede administrarse en el período peroperatorio y en forma profiláctica.

#### III. DOSIS Y ADMINISTRACION

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

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

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

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

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

En pacientes con daño severo de la función renal (depuración de creatinina menor de 30 ml/min), la dosis de **UNASYN<sup>MR</sup> 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 **UNASYN<sup>MR</sup> IM/IV** contienen aproximadamente 115 mg. (5 mmol) de sodio.

Para la profilaxis de infecciones quirúrgicas, deben administrarse 1.5-3 g. de **UNASYN<sup>MR</sup> IM/IV** durante la inducción anestésica.

Para el tratamiento de la gonorrea no complicada, deberá administrarse una sola dosis de 1.5 g. de **UNASYN<sup>MR</sup> 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, **UNASYN<sup>MR</sup> 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 **UNASYN<sup>MR</sup> 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 sobrepoblación de organismos no susceptibles. Incluyendo hongos. Si ocurre una superinfección, el medicamento debe discontinuarse y/o instituirse una terapia apropiada.

#### VII. REACCIONES ADVERSAS

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

**UNASYN<sup>MR</sup>**   
ORAL  
sultamicilina

#### I. ACCIONES

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

La sultamicilina de Pfizer es activa contra una amplia gama de bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, incluyendo: *Staphylococcus aureus* y epidermidis (incluyendo cepas resistentes a penicilina y algunas resistentes a meticilina); *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus faecalis* y otras especies de *Streptococcus*, *Haemophilus influenzae* y parainfluenzae (tanto cepas betalactamasas positivas como negativas); *Branhamella catarrhalis*, anaerobios, incluyendo *Bacteroides fragilis* y especies relacionadas; *Escherichia coli*; especies de *Klebsiella*; de *Proteus* (indol-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 hemolítico*, para prevenir la aparición de fiebre reumática aguda o de glomerulonefritis. En pacientes con insuficiencia renal severa (depuración de creatinina menor a 30 ml/min), la dosis de sultamicilina deberá administrarse con menor frecuencia de acuerdo a la práctica habitual para la ampicilina. La suspensión reconstituida de sultamicilina deberá conservarse en refrigeración y desecharse al cabo de 14 días.

#### IV. CONTRAINDICACIONES

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

#### V. ADVERTENCIAS

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

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

#### Uso durante el embarazo

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

#### VI. PRECAUCIONES

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

#### VII. REACCIONES ADVERSAS

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

#### Gastrointestinal

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

#### Piel

Con poca frecuencia se observó erupción y prurito.

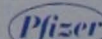
#### Misceláneos

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

**UNASYN<sup>MR</sup> 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**  
Líder mundial en investigación de antibióticos.  
Marca Registrada  
Reg. No. 240MR 094M88 095M88 S.S.A.  
Clave: 262-090-0989 I. Med. PKE-1817/J

**Zinnat**  
Acetoxietil Cefuroxima  
2 VECES AL DIA

#### INFORMACION PARA PRESCRIBIR

NOMBRE DEL PRODUCTO: ZINNAT

#### USOS:

El acetoxietil de cefuroxima es un 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, 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 retigeri*, *Haemophilus influenzae* (incluido cepas cepas resistentes a la ampicilina), *Haemophilus parainfluenzae*, *Branhamella catarrhalis*, *Neisseria gonorrhoeae* (incluido cepas productoras y no productoras de penicilinas).

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

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

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

#### DOSIS Y ADMINISTRACION:

#### ADULTOS:

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

#### NIÑOS:

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

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

#### CONTRAINDICACIONES:

\* Pacientes con hipersensibilidad conocida a los antibióticos cefalosporínicos

#### PRECAUCIONES:

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

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

#### EFFECTOS SECUNDARIOS:

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

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

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

#### PRESENTACIONES:

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

Literatura exclusiva para médicos.  
Su venta requiere receta médica.  
No se deje al alcance de los niños.  
Reg. No. 021MR S.S.A.  
I. Med. PIE-1361/J

**Glaxo**  
Líder en Penicilinas  
Líder en Cefalosporinas





## Respuesta actual a la **SINUSITIS** de hoy

# Zinnat

Acetoxietil Cefuroxima  
**2 VECES AL DIA**

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

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

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

1. 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. Roge, J., Durand, B., Pappo, M.: Traitement des infections ORL par la céfuroxime-axétil. Etude comparative avec l'association amoxicilline/acide clavulanique en médecine spécialisée. *J. Franco d'oto-rhino-laryng.* Vol. 38, No. 3, Mars, 1989.  
4. Carbon, C. et al. Etude de la tolérance d'un nouvel antibiotique par la cohorte de pharmacovigilance. *Thérapie* 43 (4 Suppl.): 369-372 (1988).



# KELFIPRIM\*

SULFAMETOPIRAZINA + TRIMETOPRIM Cápsulas

*la sulfa hace  
la diferencia...*



FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT

MONTEDISON AL CUIDADO DE LA SALUD

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

Reg. No. 008M86 S. S. A.



# Cervilan®

lomofilina + dihidroergocristina

**Nuevo**

## antivértiginoso del insuficiente cerebro-vascular

### PRESENTACION Y FORMULA:

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

### INDICACIONES:

En el vértigo de origen vascular, así como:

- Síndrome de Ménière
- 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 Cornezuelo, pacientes con coronariopatías, primer trimestre del embarazo.

### INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

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

### PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:

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

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

### BIBLIOGRAFIA:

1. Dr. A. Checoury-Henneton: Bilan d'une 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 lomifililine 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. MdI 360-88

J. Med. NCE 550/J

**ROUSSEL**

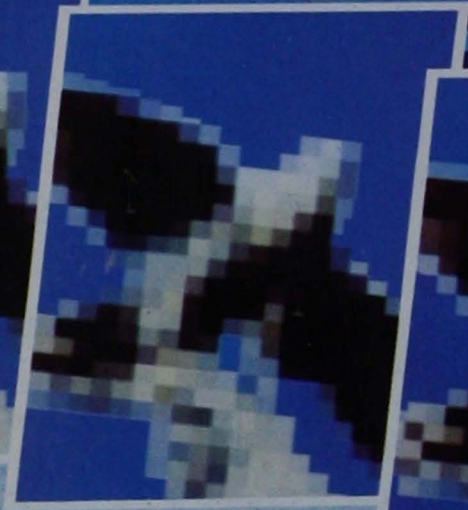
GRUPO ROUSSEL, S.A. DE C.V.  
Av. Universidad No. 1738  
C.P. 04000 México, D.F.



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



# AHORA...





**NUOVO**

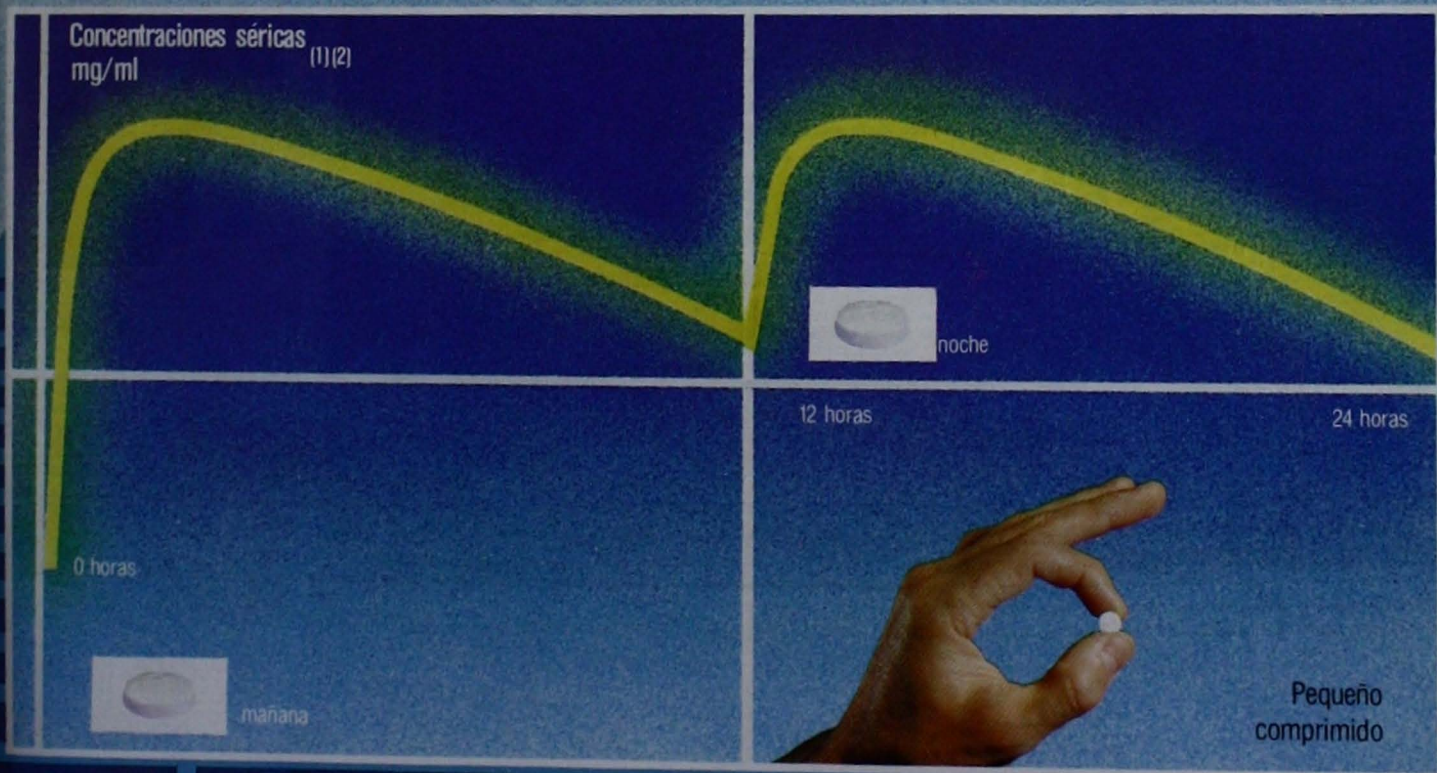
nuevos horizontes en el tratamiento  
de infecciones de vías respiratorias

# **ROXITROMICINA** 150mg

antibiótico oral  
con cinética innovadora

*roxitromicina*

*antibiótico oral  
con cinética innovadora*



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

**ROUSSEL**









SINDROME VERTIGINOSO



*una  
cápsula  
al día*

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

simplifica 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 de 85 a 95% (concentraciones plasmáticas 300 mg/l a < 100 mg/l en LCR 24 horas después de administración I.V. de 500 mg - 1 g/kg en niños con meningitis. En adultos con meningitis, dosis de 50 mg/kg/día, durante 24 horas, concentraciones varias veces superiores a las mínimas inhibitorias para los gérmenes más frecuentes. Se elimina malterado: 50-60% (recién nacidos 70%) con la orina y 40-50% con la bilis. Su vida media es de 8 horas (en niños < 1 semana y en ancianos > 75 años aumenta aproximadamente al doble). **INDICACIONES:** Para el tratamiento de infecciones causadas por gérmenes sensibles: - Septicemia - Meningitis - Infecciones abdominales (vías biliares, gastrointestinales, peritonitis) - Infecciones óseas, articulares, tejidos blandos, cutáneas, heridas. - Infecciones en pacientes inmunodeprimidos. - Infecciones renales y urinarias. - Infecciones respiratorias (neumonía, O.R.L.). - Infecciones genitales (incluyendo gonorréa). - 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 ó > 50 kg, adultos y ancianos	1-2 g	4 g	
Insuficiencia renal: depuración de creatinina:			
	> 10 ml/min	1-2 g	4 g
	< 10 ml/min	1-2 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		
Gonorréa	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. **MODOS 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 aplicar 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, fiebricitis (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 sedimentación 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 cuentas hemocitológicas periódicas. Aunque no se ha reportado efecto teratológico con Rocephin, durante el embarazo, se recomienda administrarlo sólo en casos en que sea absolutamente necesario (particularmente durante el primer trimestre). Cuando se emplee Rocephin junto con otro antimicrobiano, ambos fármacos deben administrarse por separado debido a la posibilidad de que exista incompatibilidad físico-química. **PRESENTACIONES:** Rocephin I.M.: Caja con 1 frasco 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. QGE-100-1



# 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, gonorreya, 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 cepas resistentes a la ampicilina), *Haemophilus parainfluenzae*, *Branhamella catarrhalis*, *Nisseria gonorrhoeae* (incluido cepas productoras y no productoras de penicilinas).

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

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

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

#### DOSIS Y ADMINISTRACION:

##### ADULTOS:

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

##### NIÑOS:

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

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

#### CONTRAINDICACIONES:

\* Pacientes con hipersensibilidad conocida a los antibióticos cefalosporínicos.

#### PRECAUCIONES:

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

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

#### EFFECTOS SECUNDARIOS:

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

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

Durante el tratamiento con Zinnat, se han observado eosinofilia\* e incrementos transitorios de las concentraciones de las enzimas hepáticas (ALT (SGPT) y AST (SGOT)\*). Durante el tratamiento con cefalosporinas se han reportado pruebas de coombs positivas\* —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. 021M99 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 eritrocitos contra la pérdida de deformación y por lo tanto, reduce un crecimiento anormal en la viscosidad de la sangre en humanos. Esta actividad tiene un efecto favorable sobre la microcirculación en el caso de desorden 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 episodios agudos. Los niveles más altos de plasma se obtienen 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 geriátrica. Síndrome vertiginoso de cualquier etiología, síndrome de Meniere y vértigo por accidente o quirúrgico manifestados principalmente por mareo, náusea, vómito y cualquier trastorno del equilibrio. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. Está contraindicado en casos de hemorragia cerebral reciente y síntomas 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 6 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 2 mg/100 ml.

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

**PRESENTACION:** STUGERON® RETARD se presenta en caja con 30 capsulas de liberación prolongada, conteniendo cada capsula 110 mg de Cinnarizina alta densidad.  
Reg. No. 243M87 SSA. I. MED. QBE-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



**JANSSEN**  
FARMACEUTICA

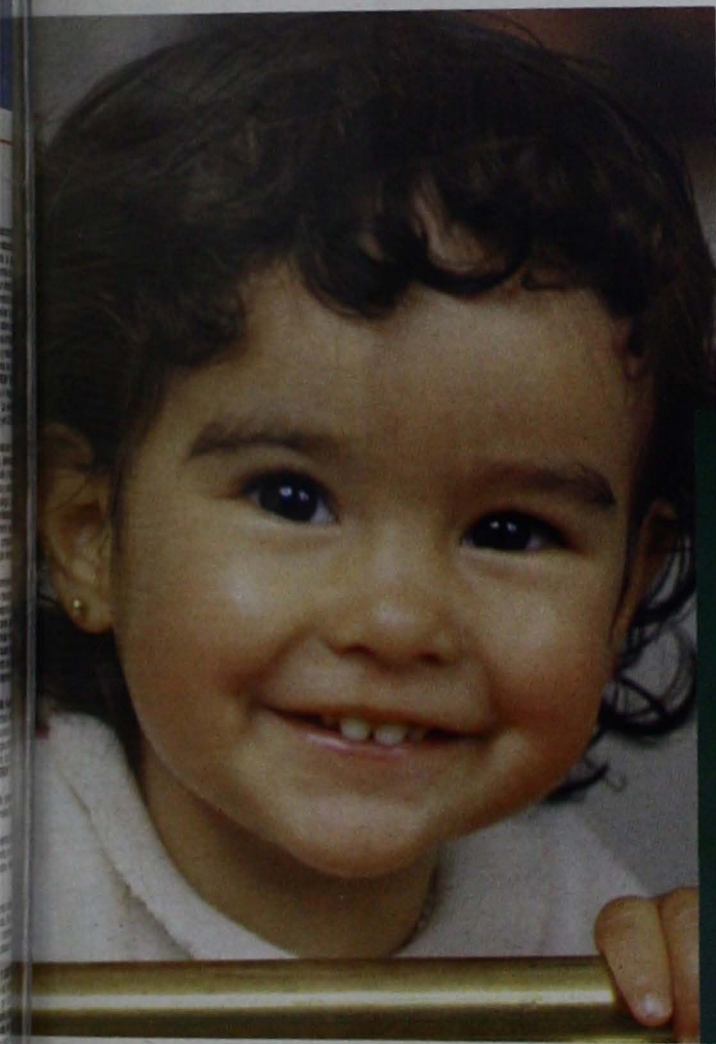
En JANSSEN estamos comprometidos con la calidad



# 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: Emplema, neumonías, abscesos pulmonares. Infecciones intraabdominales: Peritonitis y abscesos. Infección pélvica inflamatoria: Endometritis, abscesos tuboováricos. Infecciones postquirúrgicas. Infecciones dentales: Abscesos periapicales y gingivitis.

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

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

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

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

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

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

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

**DOSIS:** La que el médico señale.

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

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

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

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

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

\*MARCA REGISTRADA

Literatura exclusiva para médicos  
Su venta requiere receta médica.

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

PRODUCTO DE

**Upjohn**

INVESTIGACION  
EN  
ANTIBIOTICOS



**CLARITYNE-D REPETABS GRAGEAS CON NUCLEO ENTERICO**

loratadina y sulfato de pseudoefedrina  
Antihistaminico/decongestionante, no sedante, de acción prolongada  
**INDICACION:** Cada gragea de CLARITYNE-D REPETABS contiene 5 mg de loratadina liberada de la gragea y 120 mg de sulfato de pseudoefedrina distribuidos igualmente (liberada de la gragea y el núcleo con cubierta separadora). Los dos componentes activos se liberan exteriormente de forma rápida y sostenida. La liberación del agente descongestivo del núcleo demora varias horas. Otros ingredientes presentes en las grageas incluyen lactosa, polivinilpirrolidona, estearato de magnesio, acacia, buliparabeno, azúcar, sulfato de sodio, rosina, zinc, ácido cítrico, jabón, talco, dispersión colorante líquida blanca, dióxido de titanio, cera blanca y cera carnaúba.

**EFECCIONES:** Loratadina es un antihistaminico tríciclico potente, de acción prolongada, con alta selectividad, antagonista a los receptores H1 periféricos. El sulfato de pseudoefedrina, uno de los alcaloides naturales de Efedra, que es un agente vasoconstrictor para administración por vía oral, tiene un efecto descongestivo gradual y potente, que facilita la descongestión de la mucosa en las vías respiratorias superior e inferior, membrana mucosa de las vías respiratorias superiores y la acción sobre los simpáticos.

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

**INDICACIONES Y ADMINISTRACION:** Adultos y niños de 12 años de edad y mayores: Una gragea de CLARITYNE-D REPETABS dos veces al día.  
**ACCIONES FARMACOLOGICAS:** Según las mediciones hechas a través de estudios farmacodinámicos, loratadina no causa depresión cuando se administra concomitantemente con alcohol. Cuando se administran agentes simpaticomiméticos a pacientes que reciben inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), pueden ocurrir reacciones adversas, incluso crisis hipertensivas. Los efectos antihipertensivos de metildopa, metoprolol, reserpina y alcaloides derivados del venarol, pueden ser reducidos por los efectos simpaticomiméticos. Los agentes bloqueadores beta adrenérgicos también pueden interactuar con los simpaticomiméticos. Cuando se usa pseudoefedrina concomitantemente con fármacos que aumentan la actividad del marcapasos ectópico. Los antiácidos aumentan la absorción de la pseudoefedrina, el calcio la disminuye.

**INDICACIONES DE FARMACOS CON PRUEBAS DE LABORATORIO:** Se debe suspender la administración de agentes antihistaminicos aproximadamente cuatro días antes de realizar mediciones de pruebas cutáneas ya que estos fármacos pueden impedir o disminuir reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica. El uso de pseudoefedrina a suero que contienen la isoenzima carnica MB (fosfatasa 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 dolor de boca seca. Las cuales se comunicaron con el agente activo. Otras reacciones adversas comunicadas asociadas con CLARITYNE-D GRAGEAS REPETABS y con placebo, fueron cefalegia y somnolencia.

**EFECCIONES ADVERSAS RARAS:** En orden decreciente de frecuencia, incluyeron nerviosismo, fatiga, náuseas, trastornos abdominales, anorexia, sed, taquicardia, faringitis, rinitis, prurito, erupción cutánea, urticaria, artralgia, confusión, distonía, hipercinesia, síncope, disminución de la libido, parestesias, temblores, vértigo, rubores, hipertensión sistólica, aumento de la sudoración, trastornos oculares, dolor de codo, linfoma, anomalía del sentido del gusto, agitación, apatía, depresión, euforia, paronimia, aumento del cambio en los hábitos intestinales, dispepsia, eructos, hemorragias, decoloración de la lengua, vómito, función hepática anormal pasajera, deshidratación, aumento de peso, hipertensión, palpitations, migraña, broncoespasmo, tos, disarritmia, congestión nasal, estornudos, irritación nasal, disuria, trastornos de la micción, poliuria, retención urinaria, astenia, dolor de espalda, calambres en las piernas.

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

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

Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes tratados con digoxina.

Los agentes simpaticomiméticos pueden estimular el SNC y causar convulsiones y colapso asfáltico asociado con hipotensión.

En niños de 60 años o mayores, también es más probable que los simpaticomiméticos generen efectos adversos como confusión, alucinaciones, convulsiones, depresión del estado de ánimo. Por lo tanto, debe procederse con cautela cuando se administre una fórmula oral repetida a pacientes ancianos.

**DEPENDENCIA DE DROGAS:** No se dispone de datos para indicar que ocurra dependencia con el uso de loratadina.

El uso de pseudoefedrina, como otros estimulantes del SNC, ha sido abusado. A dosis altas los sujetos normalmente sienten elevación del humor, disminución del apetito y pérdida de mayor energía física y de capacidad y agudeza mental. También se han observado ansiedad, irritabilidad y locuacidad. El uso continuado de cualquier estimulante del SNC puede producir tolerancia. Las dosis crecientes finalmente causan toxicidad. La suspensión de la administración puede ser seguida de depresión.

**EDIATRICO:** La seguridad y eficacia de las grageas de CLARITYNE-D REPETABS en un establecimiento aun en niños menores de 12 años.  
**PREVENCION DEL EMBARAZO Y EN MADRES LACTANTES:** No se ha establecido la seguridad del uso de las grageas de CLARITYNE-D REPETABS durante el embarazo o la lactancia, por lo tanto, este producto debe usarse solamente si los beneficios potenciales para la mujer justifican el riesgo potencial para el feto o lactante.

**INDICACION PARA SOBREDOSIS:**

Si el paciente no se ha comunicado sobredosis con las grageas de CLARITYNE-D REPETABS, en el caso de que ocurra sobredosis debe comenzar inmediatamente un tratamiento sintomático general y coadyuvante que debe mantenerse durante todo el tiempo necesario.

**INDICACIONES:** Pueden variar desde depresión del SNC (sedeación, apnea, disminución de la actividad mental, cianosis, coma, colapso cardiovascular) a estímulo (insomnio, alucinaciones, temblores o convulsiones), a muerte. Otros signos y síntomas pueden incluir euforia, náuseas, taquicardia, palpitaciones, sed, sudoración, náuseas, mareos, linfoma, ataxia, alteración de la visión, e hiper o hipotensión. El riesgo de estímulo es más probable en niños, como en los adultos. Los signos y síntomas similares a los producidos por la atropina (boca seca, pupilas dilatadas, rubores, hipertermia y síntomas gastrointestinales).

Los efectos simpaticomiméticos pueden dar lugar a mareos, cefalegia, náuseas, vómitos, sudoración, sed, taquicardia, dolor precardial, palpitaciones, dificultad de la respiración, debilidad y letargo musculares, ansiedad, inquietud e insomnio. Muchos pacientes presentan una psicosis tóxica con alucinaciones y alucinaciones. Algunos pueden presentar arritmias cardíacas, colapso circulatorio, convulsiones, coma e insuficiencia renal.

Los estudios de DL50 oral para este producto combinado fueron mayores de 525 y de 1639 mg/kg en ratas y ratas, respectivamente.

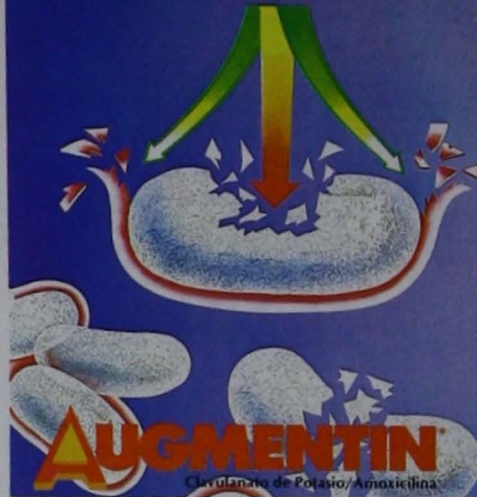
Debe inducirse el vómito si ha ocurrido emesis espontáneamente. El vómito farmacológicamente por administración de jarabe de ipecacuana, es el más eficaz. Sin embargo, no se debe inducir el vómito en pacientes con menoscabo de la conciencia. La acción de la ipecacuana se facilita por la actividad física y por la administración de 240 a 360 mililitros de agua. Si no ocurre emesis dentro de los 15 minutos, la dosis de ipecacuana debe repetirse. Se deben tomar precauciones para evitar la aspiración, especialmente en los niños. Después de la emesis, debe tratarse de adsorber cualquier resto que quede en el estómago administrando carbón activado en forma de suspensión en agua. Si no se tiene éxito en inducir el vómito, o éste está contraindicado, se debe realizar lavado gástrico. La solución salina fisiológica es la solución de elección para el lavado, especialmente en niños. En adultos puede usarse agua corriente, un embotellado de agua mineral o solución de bicarbonato de sodio. Después de la aspiración, se debe administrar un agente laxante de acción rápida, como el sulfato de sodio, previamente. Los catárticos salinos atraen agua dentro del intestino por ósmosis y pueden ser valiosos por su rápida acción diluyente del contenido intestinal. El uso de este producto puede dializarse. Después del tratamiento de urgencia el paciente debe continuar siendo vigilado médicamente.

Los efectos simpaticomiméticos de sobredosis es sintomático y coadyuvante. No se debe usar agentes estimulantes (analepticos). Pueden usarse vasodilatadores para el tratamiento de la hipertensión. Los barbitúricos de acción corta, diazepam o paralidol, pueden administrarse para controlar las convulsiones. La hiperventilación, especialmente en los niños, puede necesitar tratamiento con baños de esponja con agua tibia o con una manija hiperventiladora.

El paciente se trata con ayudas ventilatorias.  
**INDICACION:** Caja con 10 grageas Repetabs, para entre 2° y 30°C. Protector de la humedad exclusiva.  
161M90 S.A. Si requiere mayor información, solicítela a la Dirección Médica al 11.

3691 CLED I. Méd. QHE-1195/ I. Méd. QKE-1740/

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



**AUGMENTIN**  
Clavulanato de Potasio/Amoxicilina

**El antibiótico de elección... en la práctica diaria**

**AUGMENTIN INFORMACION PARA PRESCRIBIR**

**DESCRIPCION:** AUGMENTIN es un antibiótico de amplio espectro compuesto por Amoxicilina y Clavulanato de Potasio, ambos son betalactámicos, el clavulanato se anticipa al mecanismo de defensa bacteriana con un bloque irreversible de la enzima betalactamasa. lo que extiende el espectro de la Amoxicilina. **INDICACIONES:** AUGMENTIN está indicado en infecciones del tracto respiratorio alto y bajo. Otitis media, sinusitis, faringoamigdalitis, bronquitis y neumonía. En infecciones del tracto urinario. Cistitis, uretritis y pielonefritis, así como en infecciones de tejidos blandos y piel por pírmes gran positivos y negativos tanto aerobios como anaerobios. **CONTRAINDICACIONES:** AUGMENTIN está contraindicado en alergia a la penicilina o al clavulanato. **PRECAUCIONES:** AUGMENTIN, aunque no tiene efectos teratogénicos, no se recomienda en el embarazo. Todos los antibióticos aparecen en leche materna, por lo tanto no se recomienda en la lactancia. **EFECCIONES SECUNDARIOS:** En AUGMENTIN se han documentado algunos efectos en tracto digestivo como diarrea, náusea, vómito y rash dérmico al inicio del tratamiento. Estos efectos pueden ser reducidos tomando el medicamento conjuntamente con los alimentos. **RARAS:** En algunos casos se ha reportado ictericia colestásica. **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 Tabletas: 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): 159.

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

**CLAVE: 36503051**

**Beecham**  
farmacéutica, s.a. de c.v.

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

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

INDICACIONES: Tratamiento breve de las siguientes afecciones agudas: Estados dolorosos e inflamatorios posttraumáticos. 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-diabéticos. Si es necesario prolongar el tratamiento en casos excepcionales, se aconseja controlar periódicamente la función hepática y el cuadro hemático.

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

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

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

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

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

CIBA-GEIGY







# Broncho- Fiberscope for ENT hospital and private practice.

**STORZ**  
KARL STORZ — ENDOSKOPE

Angular aperture 110°  
Distal end can be  
moved upwards 180°,  
downwards 100°.



KARL STORZ -  
Primera clase en Instrumentos  
y Endoscopios.

Productos compatibles en su  
totalidad incluyendo nuevos  
accesorios.

Un servicio personal y envíos  
programados, rápido servicio  
de reparación y buen trato.

Unicamente Karl Storz puede  
ofrecer todo para su práctica  
profesional.

Endoscopia

**STORZ**  
KARL STORZ — ENDOSKOPE

KARL STORZ GmbH & Co.  
Mittelstrasse 8, Postfach 230  
D - 7200 Tuttlingen/W.-Germany  
Cable: Endoskopie  
Phone: (07461) 7080, Telex: 762 656 storz d  
Teletex: 746 118, Telefax: (07461) 708 105

KARL STORZ Endoscopy-America, Inc.  
10111 W. Jefferson Boulevard, Culver City,  
California 90232-3578, Phone: (213) 558 1500,  
Telex: 910 - 340 - 6372 k storz culv.  
Telefax: 213 280 2504

KARL STORZ Endoscopia Latino-America  
815 N. W. 57 Av., Suite No. 342  
Miami, Florida 331 26  
Phone: KSLA (305) 262-8980  
Telex: 510601 6506, Telefax: (305) 262-8986

Address:

Please send me the  
"ENT" - catalogue.

HNO VII



Cuando  
la congestión  
y los síntomas  
respiratorios  
amarran  
a sus pacientes...

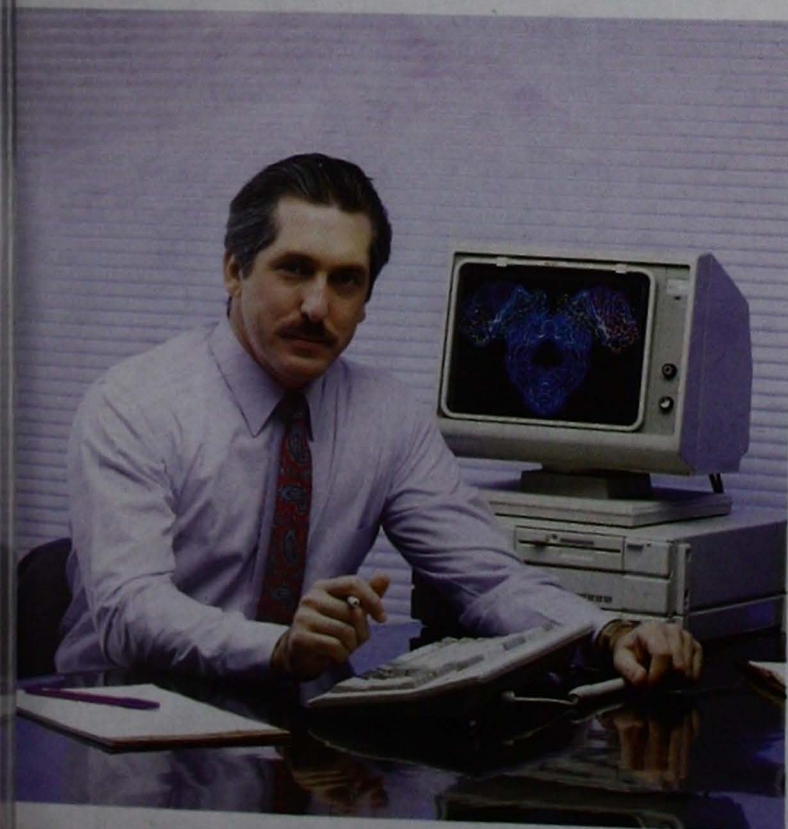


Devuelva inmediatamente la libertad  
a las vías respiratorias con:

Doble Acción

**TELDANE-D**<sup>®</sup>

(Terfenadina + Pseudoefedrina)



Alivio y acción  
descongestiva  
inmediata  
con efecto  
antihistamínico  
sin somnolencia





## SU ASESOR IDEAL PARA LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES MEDICAS:

- UROLOGIA.
- OFTALMOLOGIA.
- OTORRINOLARINGOLOGIA.
- NEUROCIRUGIA.
- CIRUGIA MAXILO FACIAL.
- PROCTOLOGIA.
- CIRUGIA EN GENERAL.
- GASTROENTEROLOGIA.
- CIRUGIA MINI INVASIVA.
- CIRUGIA CARDIOVASCULAR.
- ENDOSCOPIA ENDUROLOGICA.
- ENDUROLOGIA.
- 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

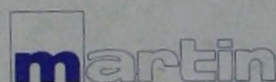


G. RODENSTOCK  
INSTRUMENTE

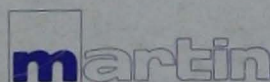
OFTALMOLOGIA  
Y LASER



SONDAS Y CATETERES  
ENDUROLOGIA



GEBRÜDER 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.  
ZAPOPAN, JALISCO C.P. 45070