



CONTENIDO

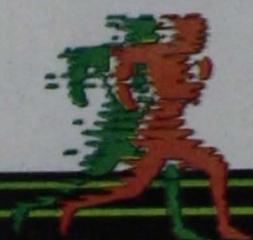
- Página del Director
- Complicaciones intratemporales y extratemporales de la otitis media crónica.
- Discinecia ciliar.
- Epistaxis posterior bilateral, post-etmoidectomía.
- La cirugía estático funcional del colesteatoma.
- Melanoma maligno de las mucosas.
- Glioma nasal. Reporte de dos casos y revisión de la literatura.
- Determinación del umbral para el habla.
- Quiste nasofaríngeo.
- Angioleiomioma en cavidad nasal. Reporte de un caso.
- Rinitis: Resultados con tratamiento prolongado.
- Estudio comparativo de taponamiento nasal.
- Notas e informaciones.
- Directorio de Socios
- Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, A.C.

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 <sup>UNA VEZ
AL DIA</sup> 10mg

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

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 70111
(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^{*}
CETIRIZINA



PRIX MEDEC 89



Porque la alergia
es más que histamina

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

Hoechst 

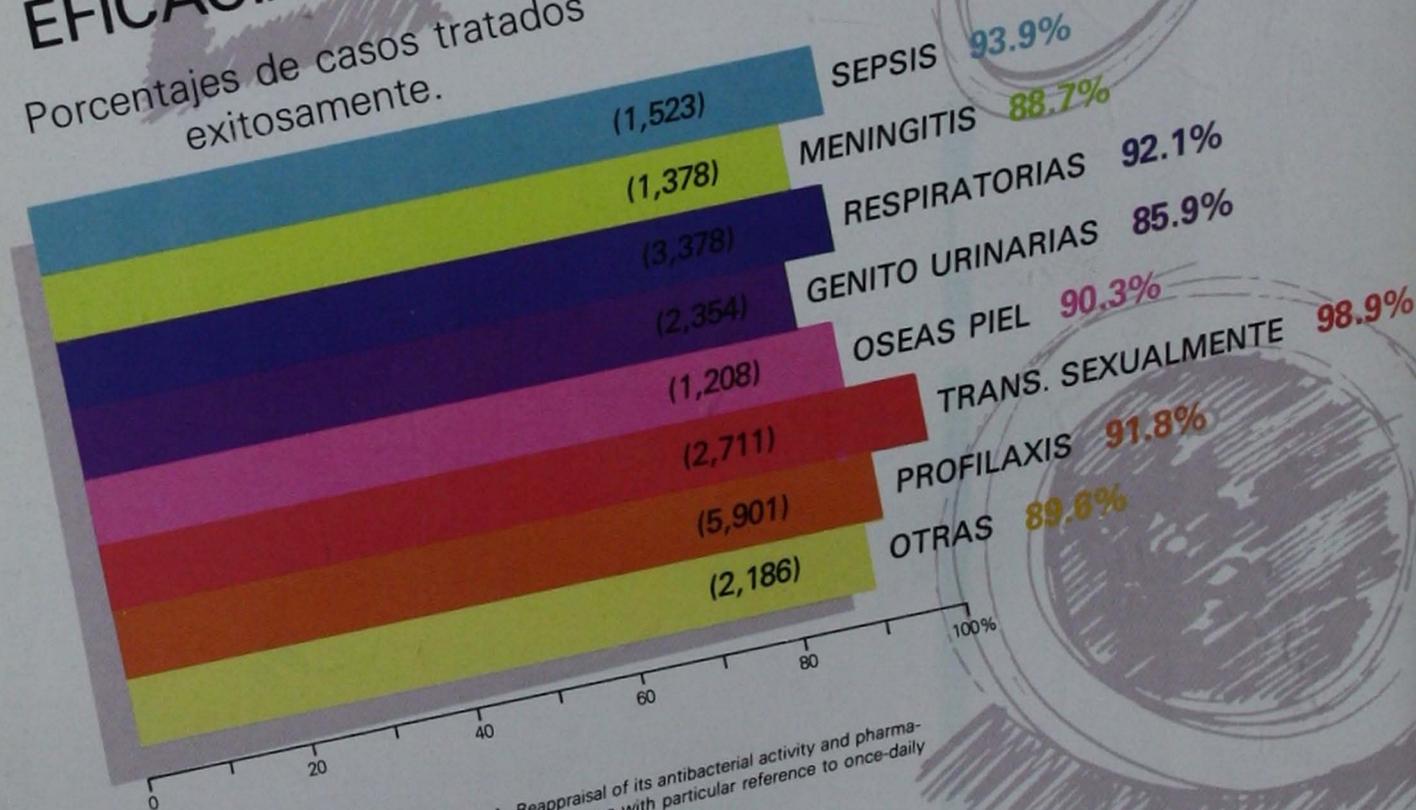
Rocephin®

ceftriaxona

1 vez al día

EFICACIA CLINICA COMPROBADA

Porcentajes de casos tratados exitosamente.



Bibliografía.

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

* 486 PUBLICACIONES

Roche

nuevo
cataflam^{*} dd
Diclofenaco potásico

grageas de 50 mg

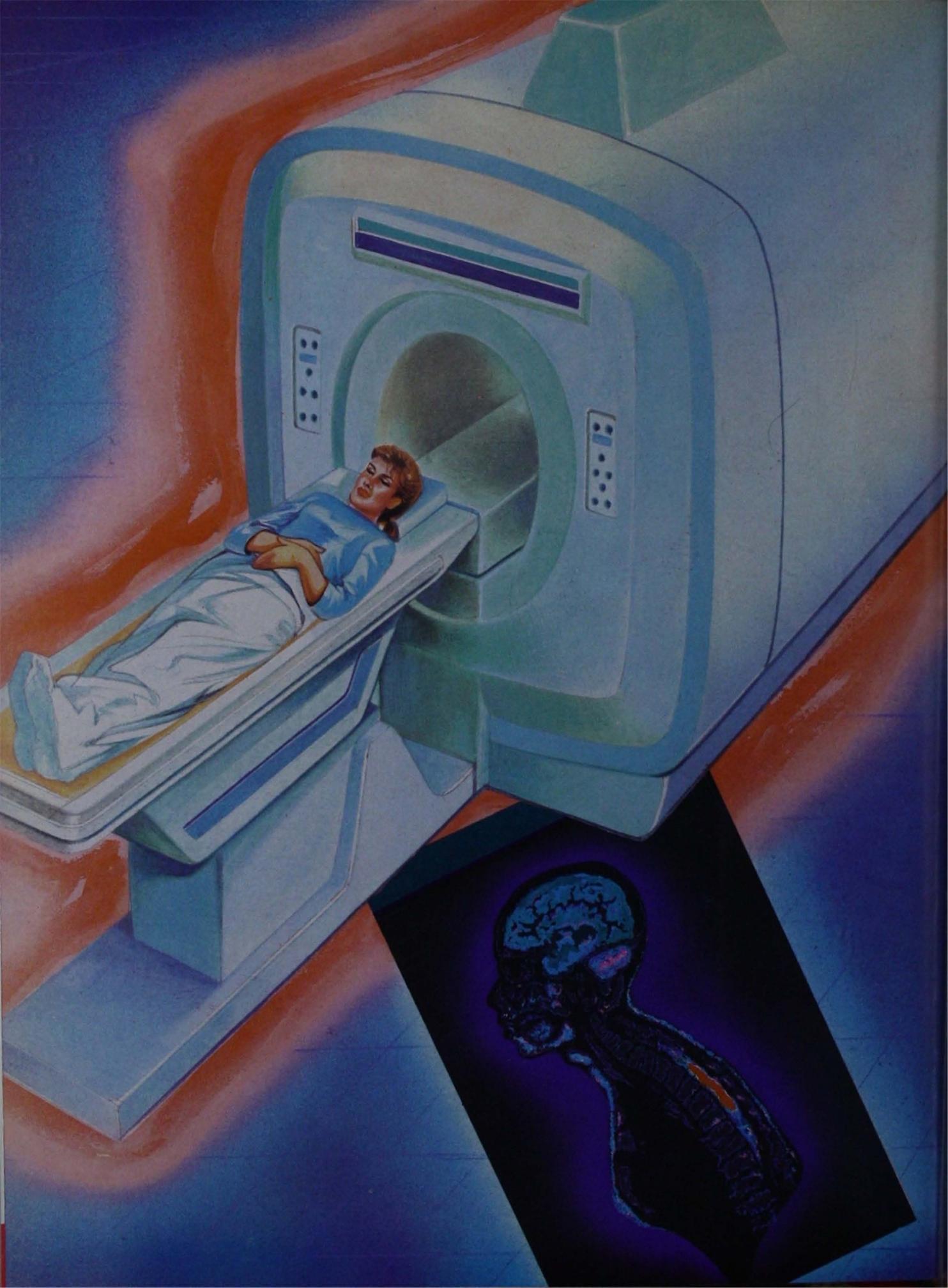


Dibuje en su paciente una *sorrisona*
En el postoperatorio

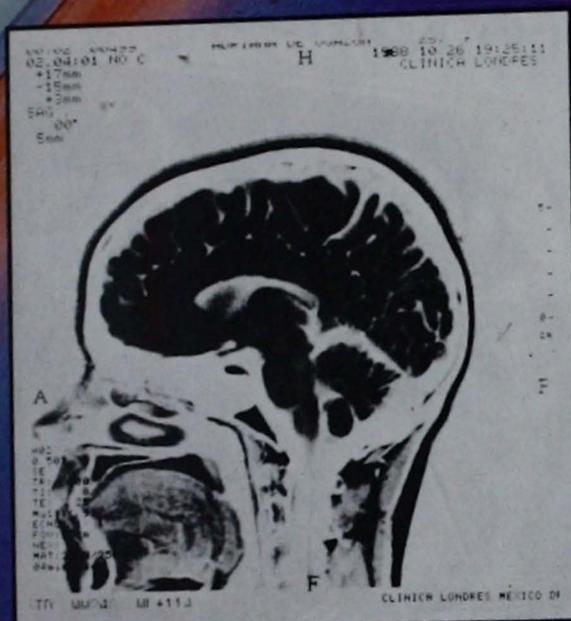
1 gragea cada 8 horas durante la convalecencia,
y por un periodo no mayor de 5 días

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

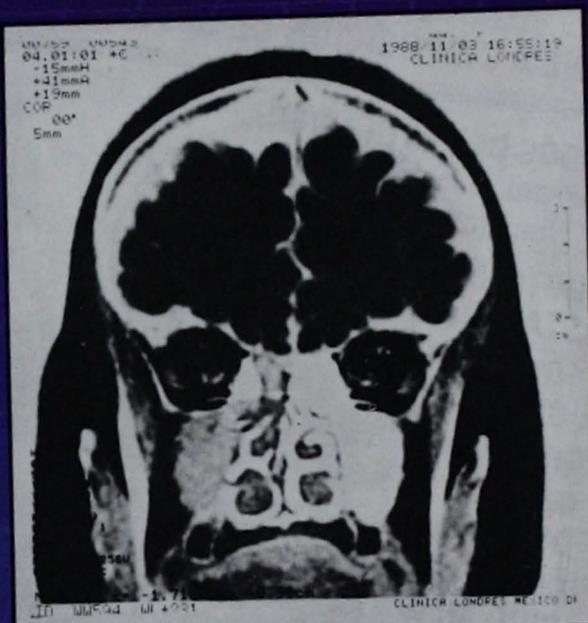
CIBA-GEIGY



RESONANCIA MAGNETICA UN DIAGNOSTICO PRECISO



Cavidades paranasales
Plano sagital



Sinusitis maxiloetmoidal
Plano coronal

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

Su mayor utilidad la ofrece en:

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



RESONANCIA MAGNETICA

CLINICA LONDRES
S.A. DE C.V.

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

Huerta Médica Mexicana,
S.A. de C.V.



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

PONE A DISPOSICION DE USTED LA LINEA

Xomed-Treace
A BRISTOL-MYERS COMPANY

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



- **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

NUEVOS TELS.: 639 - 4448, 639 - 3559, FAX: 639 - 3559

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

HOSPITAL No. 653

GUADALAJARA, JAL.

44280 MEXICO

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



Huerta Médica Mexicana,
S.A. de C.V.

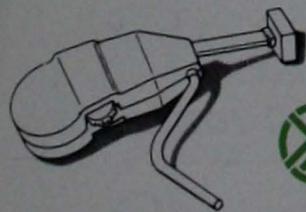
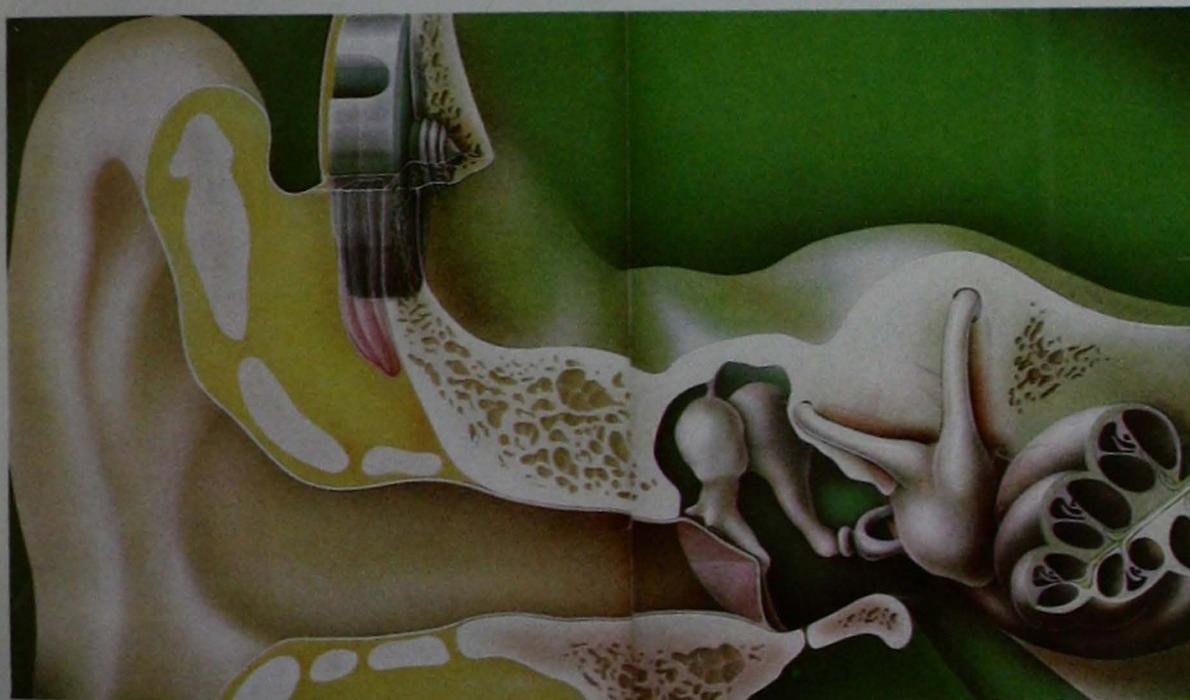


División de Especialidades,
S.A. de C.V.

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

NUEVO XOMED AUDIANT™

Conductor Oseo™



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



Para Pacientes:

- *Que presentarán una pérdida auditiva bilateral grave.
- *Con Otitis Externa Crónica
- *Que necesitan algún aditamento auditivo
- *Que presentan cambios anatómicos del oído externo y/o del Mastoideo

Huerta Médica Mexicana, S.A. de C.V.

ESPERANZA No. 703-B

COL. NARVARTE

03020 MEXICO, D.F.

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

NUEVOS TELS.: 639 - 4448 639 - 3559

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

HOSPITAL No. 653

GUADALAJARA, JAL.

44280 MEXICO

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



Respuesta actual a la OTITIS MEDIA de hoy



Zinnat

Acetoxietil Cefuroxima
2 VECES AL DIA

El primer monofármaco oral estable a beta-lactamasas

- Mayor espectro, incluyendo los patógenos causales más frecuentes de la otitis media¹:
 - *Branhamella catarrhalis** — *Staphylococcus aureus*
 - *Haemophilus influenzae** — *Streptococcus pneumoniae*

* Inclusive cepas ampicilino-resistentes

- Acción antibacteriana "in vitro" superior a los betalactámicos orales conocidos^{1,2}
- Elevados índices de éxitos clínicos en el tratamiento de la otitis media —una severa prueba para cualquier antibiótico— superiores a las obtenidas con Cefaclor³
- La habitual tolerancia y seguridad de los beta-lactámicos⁴
- Posología sencilla, cómoda y fácil de recordar:

1 tableta con el desayuno y 1 con la cena

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

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

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

4. Carbin, C. et al. Estude de la tolerance d'un nouvel antibiotique par la cohorte de pharmacovigilance. *Thromb* 43 (4 Suppl.): 369-372 (1988).

1.166. PLE-2095 (2)

Glaxo

Pionero en Penicilinas
Lider en Cefalosporinas

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

FLANAX[®]



Por su acción

- **Antiinflamatoria**
- **Antiexudativa**

**y asociado
al antibiótico
de elección**

- **Facilita**

**la penetración
del antibiótico**

- **Alivia**

**la molesta
síntomatología**

- **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

Un nuevo mecanismo
avanzado y diferente
reúne:

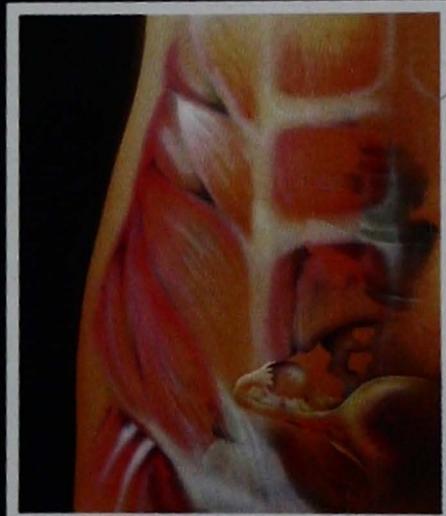
**POTENCIA ANTIINFLAMATORIA
Y ANALGESICA
CON ACEPTABLE TOLERANCIA
GASTRICA**

Eskafiam

EL ANTIINFLAMATORIO DEL TEJIDO BLANDO

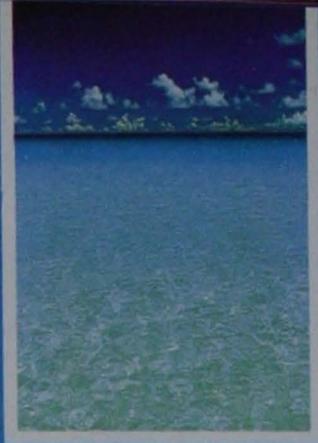
* Primer
inhibidor
del
radical
superóxido

- **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

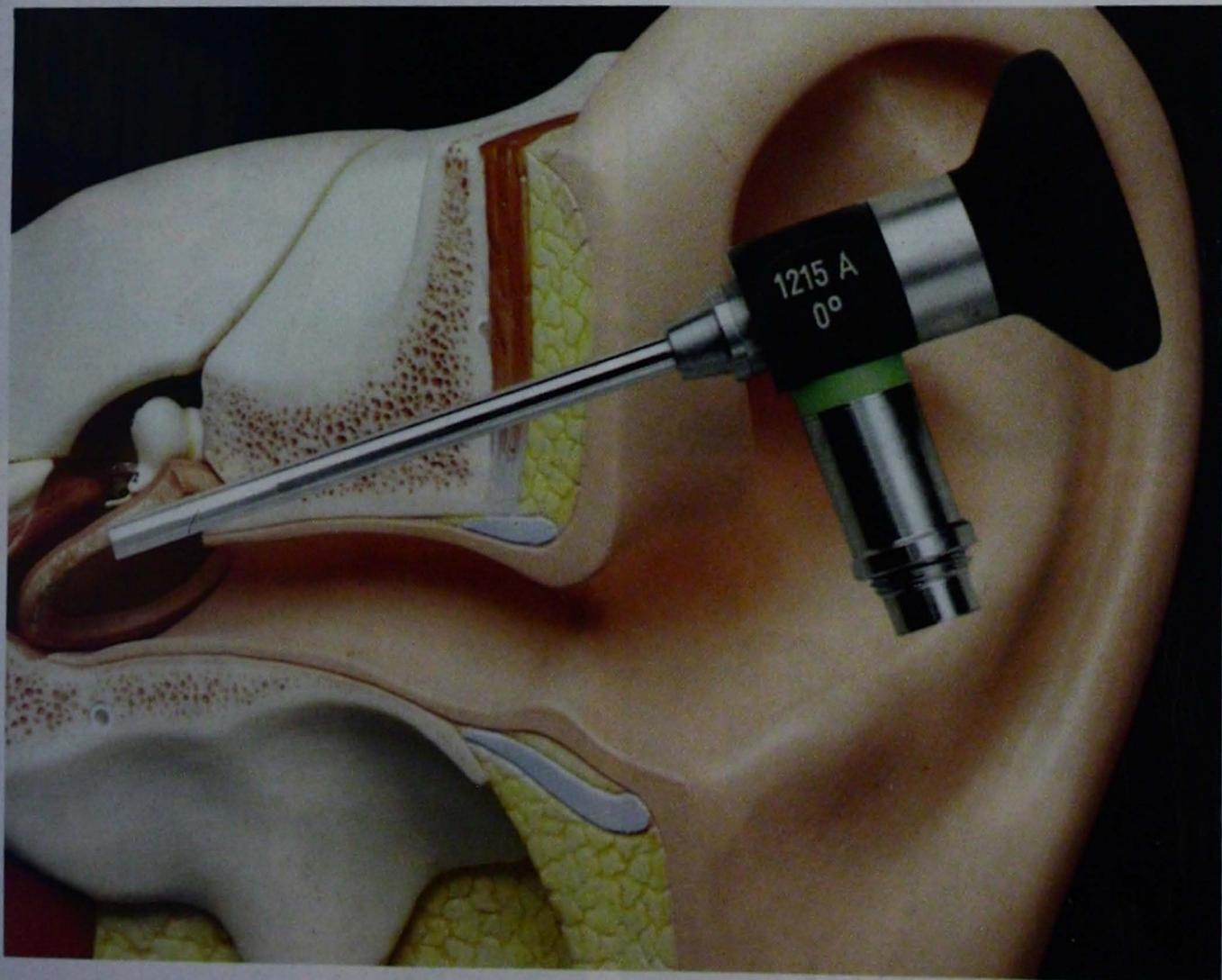
**es control
cuando se presenta
náusea y vómito**



KARL STORZ

EL MUNDO DE LA ENDOSCOPIA

ENDOSCOPIOS E INSTRUMENTOS PARA OTORRINOLARINGOLOGIA



ZEISS

Germany

Representante Legal y Exclusivo
para la República Mexicana.

CARL ZEISS DE MEXICO, S.A. DE C.V.

Av. Patriotismo No. 604 Col. Mixcoac

Delegación Benito Juárez

C.P. 03910 México, D.F.

Teléfonos: 563-65-44 y 563-64-78

Telex: 1773828 CZMME

Telefax: 91-5-5639340

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

TUTTLINGEN
ALEMANIA

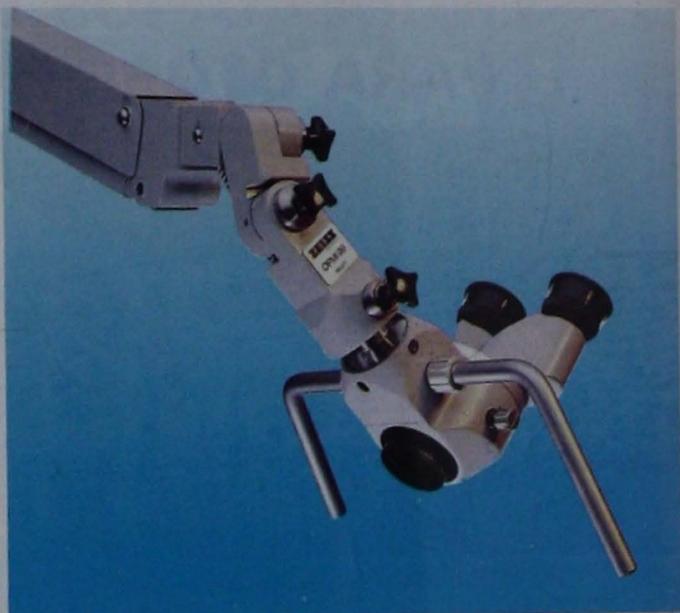
MICROSCOPIOS QUIRURGICOS Y DE EXPLORACION

Carl Zeiss West-Germany + Carl Zeiss Jena
en el futuro un solo nombre con una misma calidad

ZEISS Germany



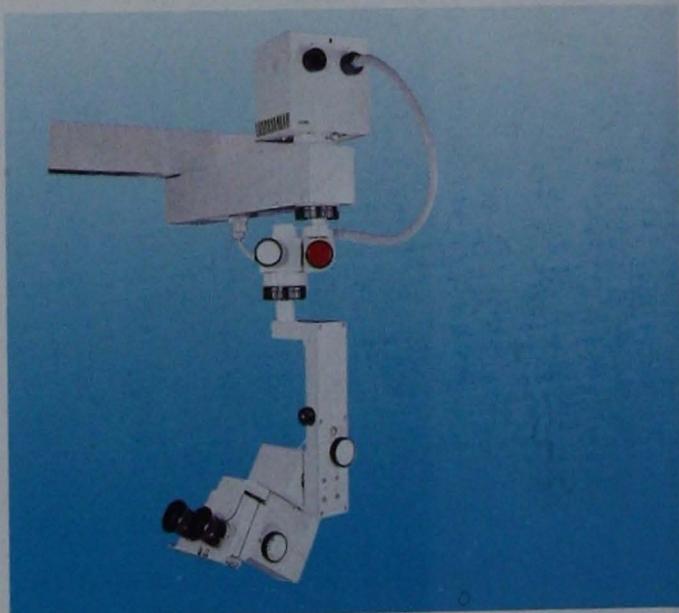
ZEISS-OPMI-1 FC



ZEISS-OPMI-99



ZEISS-OPM-150F



ZEISS-OPM-212F



CARL ZEISS DE MEXICO, S.A. DE C.V.

Av. Patriotismo No. 604 Col. Mixcoac
Delegación Benito Juárez
C.P. 03910 México, D.F.
Teléfonos: 563•6544/563•6478
Telex: 1773828 CZMME
Telefax: 91•5•563•9340

Asesoría Técnica
Servicio-Refacciones

DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA

ANALES

VOL. XXXVII MEXICO, MARZO, ABRIL, MAYO 1992 NUMERO 2

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 Tornesi
Dr. Héctor de la Garza Hesless
Dr. Armando González Romero
Dr. Bernardo Grobeisen Roudy
Dr. Rafael Navarro Meneses
Dr. Antonio Soda Merhy
Dr. Víctor M. Reynoso y Delgado
Gerente General
Lic. Joaquín Bohigas

Directiva de la Sociedad
Mexicana de
Otorrinolaringología y
Cirugía de Cabeza y Cuello
1991/1992

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

Dir. Gral. de Derecho de Autor
Registro No. 228-78
Certificado de Licitud de
contenido 929
Certificado de Licitud de
título 1625

Eugenia 13-403 C.P. 03810
México, D.F.
Tela. 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.
Formación Electrónica
D.C. J.L.O.S.

INDICE

<i>Página del Director</i>	117
Dr. Rafael García Palmer.	
Complicaciones intratemporales y extratemporales de la otitis media crónica.	119
Dr. Miguel A. Arroyo Castelazo.	
Discinesia ciliar.	129
Dr. Jaime Fernández Espinoza.	
Dr. Antonio Soda Merhy.	
Dr. Halimi Pérez Martínez.	
Epistaxis posterior bilateral, post-etmoidectomía.	137
Dr. Mauricio Morales Cadena.	
Dr. Antonio Sordo Pérez.	
Dr. Francisco Martínez Gallardo.	
La cirugía estático funcional del colesteatoma.	145
Dr. Bosch J.	
Dr. López R.	
Dr. Gutiérrez G.	
Melanoma maligno de las mucosas.	153
Dr. Marcos A. Rodríguez Perales.	
Dr. Mario Gómez Mendoza.	
Dr. Juan Felipe Sánchez Marle.	
Glioma nasal. Reporte de dos casos y revisión de la literatura.	157
Dra. Luz Arcelia Campos Navarro.	
Dr. Mario Barrón Soto.	
Dr. Jesús Montiel Porchas.	
Dr. Rafael Muñoz Garrido.	
Determinación del umbral para el habla.	161
Ing. Santiago J. Pérez R.	
Fis. Rosalba Castañeda G.	
Quiste nasofaríngeo.	169
Dr. J. Ramón Escajadillo.	
Angioleiomioma en cavidad nasal. Reporte de un caso.	173
Dr. Frank Rosengaus.	
Dr. Miguel Angel Betancourt.	
Dr. Roberto Herrera.	
Rinitis: Resultados con tratamiento prolongado.	177
Dra. Sofía Robles Miaja.	
Dr. Juan Antonio Sordo Pérez.	
Dr. Martín Cevallos Remes.	
Dr. Bernardo Grobeisen Roudy.	
Estudio comparativo de taponamiento nasal.	183
Dr. Jaime Fandiño Izundegui.	
Dr. César Alfonso Gutiérrez Espinoza.	
Dra. Norma Karina López Sanabria.	
<i>Notas e informaciones.</i>	187
Directorio de socios.	189
Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, A.C.	223



Página del director

En el pasado mes de febrero se realizó en Puerto Vallarta, Jalisco la reunión de la Fundación Georges Portmann, dicho evento nos demostró una excepcional calidad desde el punto de vista profesional y social.

Lo que esta reunión significó para muchos de nosotros fue la demostración de lo que es una escuela de tradición y solera, que sabe aprovechar a sus maestros, y a sus alumnos para conseguir un resultado superior en base a la retroalimentación de todas las personas involucradas en dicho evento.

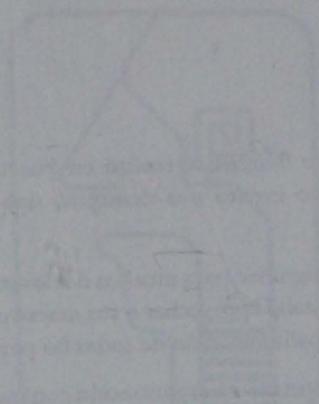
La Fundación Portmann es una organización con muchos años de vida que tuvo un dinámico motor que hizo desarrollar la especialidad primero en su medio y después en muchísimos países del orbe con gran generosidad y paciente labor.

Su actual dirigente heredó no solamente la vida sino también el carisma que sirve de guía e impulso para mantener en su madurez dicha Fundación y si a las personas y organizaciones por sus frutos se conocen, los frutos de ellos son muchos y de gran calidad.

Varias generaciones de otorrinolaringólogos mexicanos se han formado en Burdeos y gracias a ellos se logró una magnífica organización que dio mayor lucimiento al evento. Enhorabuena.

Dr. Rafael García Palmer.
Director-Editor

Figura del director



Los datos que se dan en esta figura son los que corresponden a la figura del director. El director es el responsable de la gestión del centro y debe tener una buena formación profesional y personal. Debe ser capaz de tomar decisiones y de trabajar en equipo. También debe ser capaz de comunicarse de forma efectiva con los demás. En esta figura se muestran los requisitos que debe cumplir el director de un centro educativo. Estos requisitos son: una buena formación profesional, una buena formación personal, la capacidad de tomar decisiones, la capacidad de trabajar en equipo y la capacidad de comunicarse de forma efectiva. Estos requisitos son los que se necesitan para ser un buen director de un centro educativo.

El director del centro
debe tener una buena formación profesional y personal.

Complicaciones intratemporales y extratemporales de la otitis media crónica

Dr. Miguel Angel Arroyo Castelazo*

Resumen.- Las complicaciones intra y extratemporales de la otitis media crónica (OMC), han sido preocupación desde tiempo inmemorial, su presentación y gran mortalidad que esta patología ha representado, el uso de antibióticos y las técnicas quirúrgicas que se han desarrollado, así como los avances en los estudios de imagen, electrofisiológicos y de laboratorio, han logrado que estas cifras se reduzcan considerablemente.

Se analizaron 1200 expedientes de OMC de 1980 a 1990, encontrando 56 casos de complicaciones lo que representa el 4.6% del total, siendo 75% del sexo masculino y 25% del femenino, el rango de edad fue de 14 a 71 años, la mayor incidencia en la 2a. década de la vida, con prevalencia de 15 abscesos mastoideos, 9 meningitis, 8 laberintitis, 7 abscesos epidurales, 6 parálisis faciales y 5 abscesos cerebrales.

Concluimos que la prevención de las complicaciones está en relación directa a la atención temprana y efectiva de la otitis media, que va unido a un conocimiento mejor de esta enfermedad.

Summary.- Long time ago there was a great concern about the intratemporal and extratemporal complications of chronic otitis media because of its great morbidity and mortality. Nowadays the use of antibiotics, advances in radiology, surgical techniques and laboratory studies had decreased the presentation and mortality of these complications.

* Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General de México, S. S.

We study 1200 medical records in order to identify the incidence of chronic otitis media from 1980 to 1990 in our institution. We find in our series 56 cases of complications that represent the 4.6% of our patients, 75% were male and 25% female the age range was from 14 to 71 years with more frequency in the range of 14 to 20 years. The complications were the following: 15 mastoid abscess, 9 meningitis, 8 labyrinthitis, 7 epidural abscess, 6 facial paralysis, and 5 brain abscess.

The knowledge of the manifestations of complications of middle ear infections will allow a better comprehension of each pathology in benefit of the patients.

Palabras clave: Otitis media crónica, complicaciones.

Introducción

Las primeras comunicaciones relacionadas con las complicaciones de la otitis media, datan desde la época de Hipócrates¹, quien escribió "Dolor y fiebre, seguidas de descarga purulenta por el oído, con abatimiento de la misma después de su inicio es generalmente fatal".

Es hasta el siglo XIX cuando aparecen escritos referentes al manejo de estas complicaciones por múltiples autores como Gowers, Barker, Greenfield, Ferrier, Schwartz y Sir William MacEwen.¹

A partir de 1916, Mosher's menciona porcentajes de mortalidad de 60% en absceso cerebral y 80% en absceso cerebeloso.

En 1930 Cahill y Kaplan practican drenaje directo y uso de antibióticos, disminuyendo la mortalidad a 26%.

En un período de nueve años, de 1956 a 1965 Beekhuis y Taylor reportan 3300 casos con patología suprativa intracraneal, de los cuales el 1.7% eran de origen ótico, que hacen un total de 55 pacientes en una década. El 12.8% de ellos presentaron absceso cerebral otógeno.

Una diferencia fundamental lo marca el advenimiento de las sulfonamidas y de los antibióticos. De 1928 a 1933 una de cada 40 muertes en grandes series hospitalarias se debió a una complicación intracraneal otógena. En un período similar de 1949 a 1954 este porcentaje se redujo a una de 400 muertes originadas por complicación de enfermedad infecciosa de oído.¹

En una revisión de 17 años, se reportan 50 casos de complicaciones intracraneales por otitis media, en los cuales más de la mitad, fueron abscesos cerebrales del lóbulo temporal en una proporción de cinco veces mayor a los de cerebelo, en segundo término meningitis y en tercero trombosis del seno lateral, en 47 de los casos se encontró colesteatoma, tejido de granulación o ambos, sólo tres casos correspondieron a otitis aguda pneumococcica.²

En una gran serie en que se analizan 800 temporales con patología, reveló que 333 tenían algún tipo de otitis media (41.6%) y de estos correspondió a otitis media crónica (OMC) el 36.9%.³

123 huesos temporales con OMC presentaron tejido de granulación, colesteatoma, granuloma de colesterol, cambios óseos y fibrosis.³

En este mismo estudio se reporta que Friedmann hace una revisión de 770 procedimientos de mastoidectomía e identifica tejido de granulación como proceso primario patológico en 49% de los casos y 20% por colesteatoma.³

Los autores dan como resultado a su estudio que la patología mas frecuentemente encontrada fue osteitis en 90% fibrosis de mucoperostio en 76.4%, tejido de granulación en 69.1%, colesteatoma en 14.6% y 6 casos con meningitis 4.9%, 3 casos cerebrales y cerebelosos 2.4%, 3 casos de absceso subdural 2.4% y el 17.9% con hidrops coclear. Concluyen que el tejido de granulación predispone más fácilmente a las complicaciones.³

La patogénesis de las complicaciones aparecen cuando hay una extensión real del proceso infeccioso que rebasa el revestimiento mucoperióstico, ya sea por expansión directa con erosión ósea, producida por osteitis o por un colesteatoma a través de vías preformadas como son las laberínticas, suturas no unidas, dehiscencias o fracturas antiguas y por otro mecanismo la tromboflebitis y la periflebitis.^{4,5}

Las complicaciones de otitis media crónica las hemos dividido en:

INTRATEMPORALES

- Absceso mastoideo
- Laberintitis serosa
- Laberintitis purulenta
- Parálisis facial
- Petrositis (Gradenigo)

EXTRATEMPORALES

- Meningitis
- Absceso extradural
- Absceso subdural
- Absceso cerebral
- Absceso cerebeloso
- Trombosis del seno lateral
- Trombosis del seno petroso

Los abscesos mastoideos que se presentan por agudización de las OMC por necrosis ósea y la elevada virulencia de gérmenes patógenos podemos agruparlos en abscesos subperiósticos postauriculares, zigomáticos y de Bezold.

Son clínicamente demostrables debido a su naturaleza fluctuante indicando la extensión infecciosa, por lo cual está indicada la exploración quirúrgica urgente de la mastoidees con el tratamiento antibiótico asociado, en ocasiones estos abscesos se exteriorizan en forma espontánea y los pacientes no acuden al médico, encontrando en algunos de ellos procesos cicatriciales antiguos o fistulas inactivas.^{6,7}

La laberintitis serosa que es el resultado de una reacción inflamatoria del oído interno, ocurre como una fistula al canal semicircular hori-

zontal por erosión ósea en presencia generalmente de un colesteatoma, es más frecuente que la laberintitis purulenta y cuyos síntomas son vértigo, hipoacusia que puede ser fluctuante y el signo de fístula positivo que evidencia la lesión osteolítica.^{8, 9, 10}

La fase purulenta se presenta en los casos de exacerbación de OMC y cuyo ingreso al oído interno puede ser a través de la ventana oval, redonda, fracturas preexistentes, erosión del laberinto óseo o del acueducto coclear, provocando mayores manifestaciones de vértigo, hipoacusia sensorineural profunda que puede llegar a la anacusia unilateral.^{11, 12, 13, 14}

La parálisis facial es una complicación poco frecuente de la OMC, sin embargo, generalmente está asociada a colesteatoma y consecuentemente a la erosión ósea del canal de Falopio; la agudización o reactivación del proceso crónico y la presencia de tejido de granulación es otra causa que debe tomarse mucho en cuenta.

La inmediata descompresión del nervio facial combinada con mastoidectomía radical está siempre indicada con la finalidad de eliminar y exteriorizar el proceso etiológico.^{4, 15, 16, 17}

El Síndrome de Gradenigo (petrositis), descrito en 1904, tiene una tríada clásica; otorrea, parálisis del VI par craneal o recto externo con diplopia y dolor en la distribución del V par; es la petrositis, una complicación muy poco frecuente en la OMC, generalmente provocada por *Staphilococcus*, *pseudomonas* u otros organismos gram negativos así como anaerobios.

Ocurre como reactivación de OMC y fases posteriores a manejo quirúrgico de mastoidectomía por la destrucción de la corteza de la pirámide petrosa y como resultado de algunos abscesos epidurales con irritación del ganglio de Gasser y compresión en el canal de Dorello del VI par.

La exploración quirúrgica en los pacientes con OMC y petrositis es esencial tal y como lo han descrito Lempert, Eagleton, Kopetzky, Remandier y Franzkner; conocida como apicectomía eliminando el hueso infectado, tejido de granulación y colesteatoma.^{4, 18}

Las complicaciones extratemporales intracranianas son por lo general el resultado de una serie de factores conjuntos en el paciente con OMC, que ha evolucionado en su enfermedad por largo tiempo sin tratamiento, o éste ha sido

inadecuado y que no le ha dado la importancia debida a su padecimiento; aunado a los problemas culturales, económicos, geográficos y de falta de acceso a los sistemas de salud, sumados a la agresión bacteriana, erosión ósea, trombo y periflebitis y las vías preformadas ya mencionadas, hacen un ingreso a la cavidad craneal.

Es conocido el hecho, que el absceso epidural, pudiera ser la complicación más frecuente intracranial, resultado de la osteolisis por colesteatoma, poniendo en contacto directo un proceso infeccioso con la duramadre, tanto en la fosa media por destrucción del tegmen, como a la fosa posterior de la pirámide petrosa, el mecanismo en todos estos casos es por contigüidad.¹⁹

Hecho a considerar, es que esta complicación en la mayoría de los casos es asintomática y puede pasar desapercibida como parte evolutiva de un colesteatoma.

Debemos ser muy perceptivos en los individuos que asocian OMC y cefalea, dolor ótico, sensación de plenitud, otorrea abundante purulenta y fétida así como pulsátil, en estadios más avanzados signos focales neurológicos.

Los estudios de imagen con tomografía computarizada son definitivos en el diagnóstico.

En la mayoría de los casos, el tratamiento combinado de antibióticos y la cirugía de la mastoides drenará por sí misma este proceso.

Cuando quirúrgicamente encontramos dehiscencia del tegmen, con exposición de la dura y presencia de tejido de granulación adherido a la misma, éste no debe ser removido, ya que se corre el peligro de meningitis.^{19, 20, 21}

La complicación extratemporal más importante, es la meningitis, que puede ser dividida en dos grupos, la meningitis localizada o meningismo, que se define como inflamación de la dura y piaracnoides, confinada a un foco de irritación por contacto, sin ingreso al fluido cefalorraquídeo.

El otro grupo es la meningitis generalizada o leptomeningitis, que es un proceso difuso, purulento y más agresivo.

La diferencia de la meningitis localizada, estriba en el estudio de LCR, que demuestra aumento en el número de células, niveles normales de glucosas y cultivo negativo.

Foto No. 1

Corte cerebral en el que observamos dos zonas de absceso con las características de ser encapsulados, con necrosis en su centro y licuefacción.

Estos abscesos se presentan en la substancia blanca subcortical.

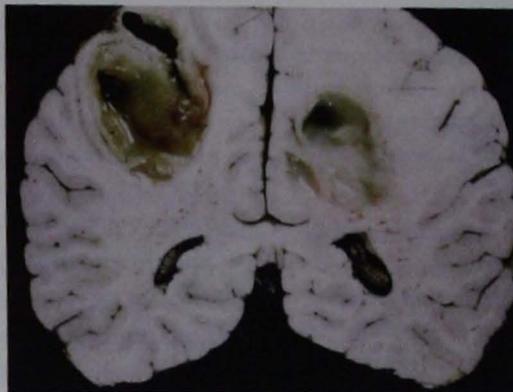


Foto No. 2

Se muestra un corte histopatológico de la pared de un absceso cerebral con técnica de tinción de retículo, en las que observamos la capa superior izquierda que corresponde a necrosis, la capa media que demuestra tejido de granulación y la capa inferior derecha en que vemos el edema y gliosis.

El tratamiento específico con antibióticos y cirugía en un estadio temprano, evitará las secuelas que estos problemas ocasionan.^{22, 23}

El absceso subdural ó empiema subdural, es la colección purulenta entre la duramadre y la aracnoides, provocado por reactivaciones de OMC, cuya patogénesis es a través de los vasos perforantes que se trombosan y forman exudado purulento.

La característica de esta entidad patológica es una gran toxemia asociada a fiebre elevada, cefalea severa temporoparietal, confusión, somnolen-



cia, estupor, convulsiones, desviación de los ojos, hemiplegia, disfasia, déficit sensorial y hemianopsia homolateral.

La antibioticoterapia, craneotomía y drenaje por canalización (neurocirujano) y posteriormente mastoidectomía es la elección terapéutica.

Los abscesos cerebrales y cerebelos otógenos, están localizados al lóbulo temporal (dominante) y a la parte anterior del cerebelo en su lóbulo homolateral al proceso de OMC, y a la exacerbación aguda de la enfermedad.

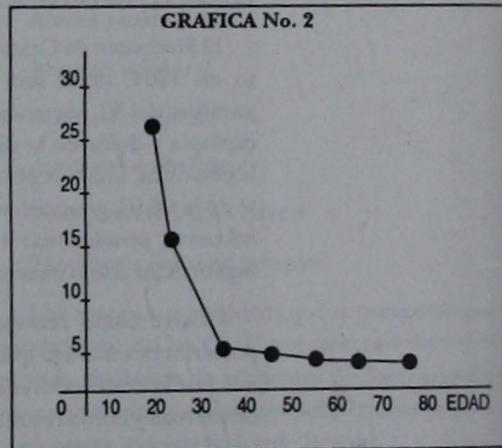
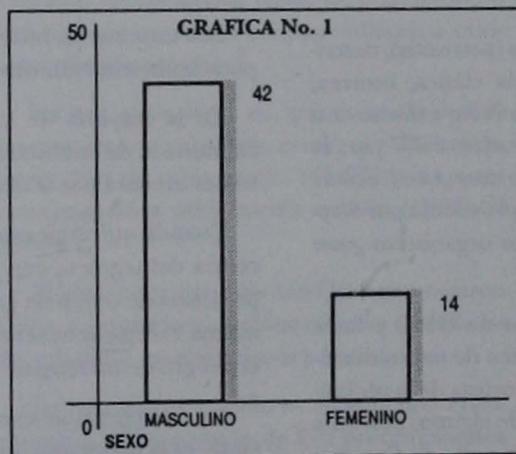


Foto No. 3

Corte del cerebelo en que vemos lóbulo izquierdo con un gran absceso encapsulado con proceso de licuefacción, en etapa purulenta con necrosis.



Foto No. 4

Masculino de 14 años de edad con OMC agudizada y absceso mastoideo.





Foto No. 5
Femenina de 20 años de edad con OMC colestomatosa, agudizada con absceso a punta de mastoides.

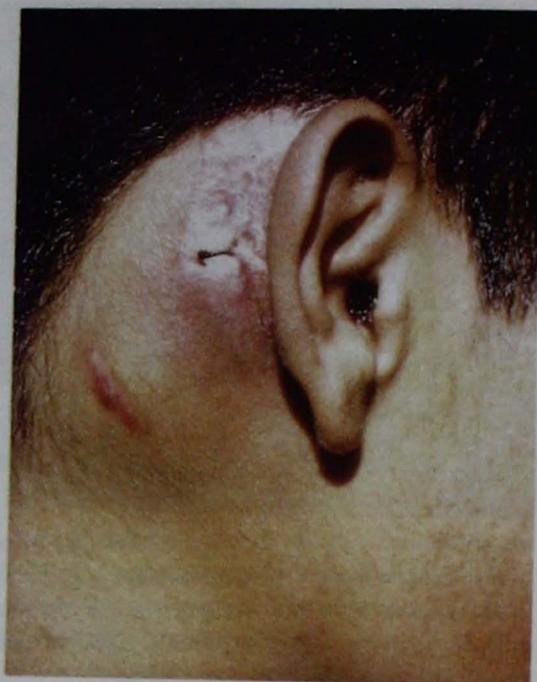


Foto No. 6
Masculino de 23 años de edad con OMC, abundante tejido de granulación, con exteriorización de absceso mastoideo por segunda ocasión en forma espontánea.

Las vías de entrada al cráneo son a través del laberinto, el meato auditivo interno, el acueducto vestibular, líneas de sutura o de fractura, o bien por zonas de osteomielitis localizada, mediante su diseminación a través de las venas perforantes que penetran a la dura.

Por lo general el absceso se forma en la sustancia blanca subcortical, iniciándose como una área de encefalitis supurativa, edema, necrosis del centro infeccioso y licuefacción, la pared o cápsula se forma de fibroblastos derivados de capilares proliferantes y es de grosor variable. (Fotografías 1, 2, 3)

Los síntomas y signos neurológicos de hipertensión endocraneal, focalizaciones y alteración sistémica son invariables.

Las alteraciones en LCR y la evidencia en la tomografía computarizada harán el diagnóstico claro y topográfico.

En el absceso cerebeloso, la cefalea suboccipital irradiada a cuello, vértigo, rigidez de nuca, ataxia, nistagmus que puede ser vertical, incoordinación, parálisis de VI y VII pares, hipotonía homolateral, estado epiléptico, respiración irregular, hipotensión y gran deterioro son los síntomas y signos que prevalecen.

El tratamiento de los abscesos cerebral y cerebeloso es la combinación antibiótica, drenaje por aspiración a través de la mastoidectomía a fosa media y posterior.^{9,19,20,22}

Material y Método

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo.

En un período de once años, de 1980 a 1990, se revisaron 1200 casos de OMC, atendidos en el Servicios de Otorinolaringología del Hospital Ge-

Foto No. 7
T.C. de paciente de 22 años con OMC colestomatosa, vértigo, hipoacusia sensorineural, se observa la gran osteolisis con destrucción del canal semicircular horizontal.

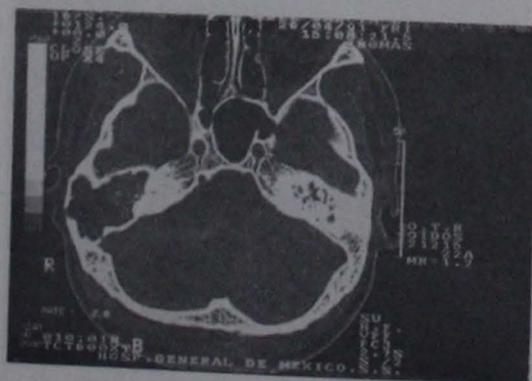


Foto No. 8
Masculino de 34 años de edad con OMC derecha, colestomatosa, tejido de granulación y parálisis facial de 4 días de evolución.

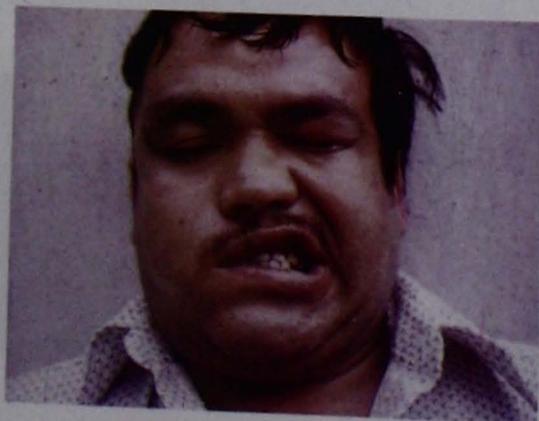


Foto No. 9

Masculino de 20 años de edad con OMC derecha, colesteatoma, nervio facial descubierto en su 2a. rodilla con tejido de granulación, parálisis facial de 7 días de evolución, tercer día de post-operatorio.

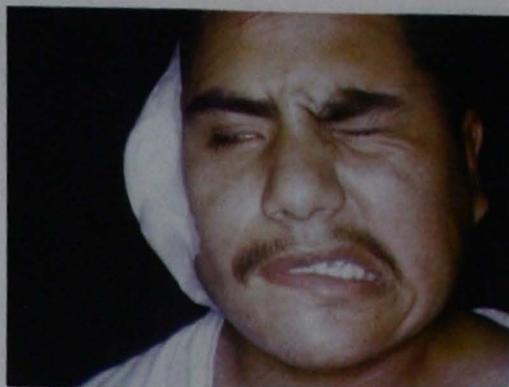
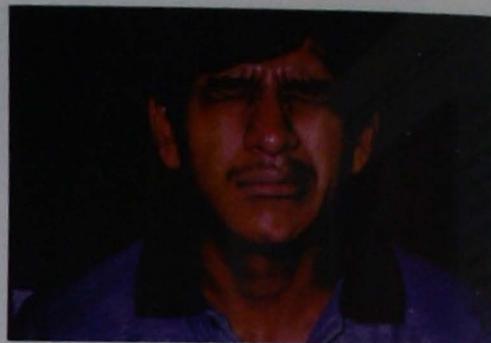


Foto No. 10

Masculino de 26 años de edad con OMC bilateral de 20 años de evolución, colesteatoma bilateral parálisis facial preoperatoria derecha, evolución post - quirúrgica de 6 meses.



neral de México SSA, de los cuales se encontró 56 pacientes con complicaciones intratemporales y extratemporales.

La procedencia de los enfermos al Servicio de Otorrinolaringología fue de Urgencias, Pediatría, Neurología y Neurocirugía y directos, los cuales fueron tratados médica y quirúrgicamente.

Todos fueron estudiados bajo protocolo de clínica de oído, de acuerdo con su patología, incluyendo revisión clínica completa, evaluación funcional auditiva y vestibular en su caso, estudios de imagen, exámenes de laboratorio, interconsulta con el Servicio de Neurología y Neurocirugía y estudio de LCR en su caso.

Se evalúan los 56 casos estudiados de acuerdo al sexo, edad, nivel económico-cultural, enfermedad uni o bilateral, diagnóstico, tratamiento y morbi-mortalidad.

Resultados

De los 56 casos estudiados 42 correspondieron al sexo masculino y 14 al sexo femenino, lo que hace una proporción de 3:1, Gráfica 1.

La edad de los pacientes fluctuó entre los 14 años y los 71 años, siendo la segunda década de

la vida la de mayor frecuencia y la séptima y octava las menores. Gráfica 2

Encontramos de acuerdo al estudio socio-económico que se practica en el Hospital, niveles bajos y muy bajos, desde el punto de vista adquisitivo como cultural, hecho que influye en forma decisiva en la patología que ahora analizamos.

Los casos de OMC unilaterales fueron 18 que corresponde al 32.2% y bilaterales 38 que corresponde al 67.8%.

Referente al diagnóstico que integramos en cada paciente se llegó a los siguientes datos: complicaciones intratemporales 55.3%, complicaciones extratemporales 44.7%.

Del total de 1200 expedientes estudiados, se obtienen las siguientes cifras:

Absceso mastoideo	1.25%
Laberintitis	0.6%
Parálisis facial	0.5%
Petrositis	0.1%
Meningitis	0.75%
Absceso extradural	0.5%
Absceso subdural	0.1%
Absceso cerebral	0.4%
Absceso cerebeloso	0.1%
Trombosis del seno lateral	0. %
Trombosis del seno petroso	0. %

Foto No. 11

Observamos la recuperación de su parálisis facial con control absoluto de su patología infecciosa.

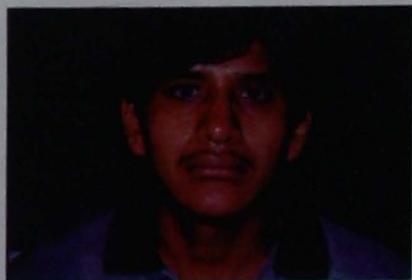


Foto No. 12

Se muestra un gran colesteatoma en un paciente que ingresó al servicio con datos de meningitis localizada, de tipo irritativo y que en su cirugía se encontró la comunicación del tegmen mastoideo, haciendo contacto la cápsula del colesteatoma con la dura.



Foto No. 13

Imagen de tomografía axial computarizada del peñasco en que observamos la presencia de un absceso subdural difuso asociado a uno cerebral como se demuestra en la foto No. 14.

Resultados

Complicaciones intratemporales en OMC:

Absceso mastoideo	15 casos	26.7%	Fotografías 4-5-6
Laberintitis	8 casos	14.2%	Fotografía 7
Parálisis facial	6 casos	10.7%	Fotografías 8-9-10 y 11
Petrositis	2 casos	3.5%	
TOTAL	31 casos	55.3%	

Complicaciones extratemporales en OMC:

Meningitis	9 casos	16.0%	Fotografía 12
Absceso extradural	7 casos	12.5%	
Absceso subdural	2 casos	3.5%	Fotografía 13
Absceso cerebral	5 casos	7.1%	Fotografías 14-15
Absceso cerebeloso	2 casos	3.5%	Fotografías 16-17
Trombosis del seno lateral	0 casos	—	
Trombosis del seno petroso	0 casos	—	
TOTAL	25 casos	44.7%	



El tratamiento a que fueron sometidos los pacientes descritos en esta serie fueron multidisciplinarios, nos apoyamos en el Servicio de Infectología, aplicando combinaciones de Penicilina sódica cristalina y metronidazol por la vía I.V. en un período de 10 días, controlando en forma adecuada la infección, logrando practicar cirugía de la mastoides la cual en la totalidad de los casos fue mastoidectomía radical con concho-meato plastía, lo que nos permite erradicar el agente etiológico de las complicaciones. Con el Servicio de Neurocirugía trabajamos en forma conjunta en los casos que así lo ameritaron, pudiendo tener resultados satisfactorios.

La morbimortalidad obtenida en la presente revisión es la siguiente:

Secuelas de parálisis facial	2 casos	Fotografía 18
Anacusia unilateral	5 casos	
Hipoacusia media	45 casos	Fotografía 19
Hipoacusia profunda	6 casos	
Secuelas neurológicas	2 casos	
Mortalidad	0 casos	

Foto No. 14

Tomografía computarizada con corte a nivel de masa encefálica, mostrando un absceso cerebral bien definido, encapsulado con liquefacción en su centro por necrosis purulenta.

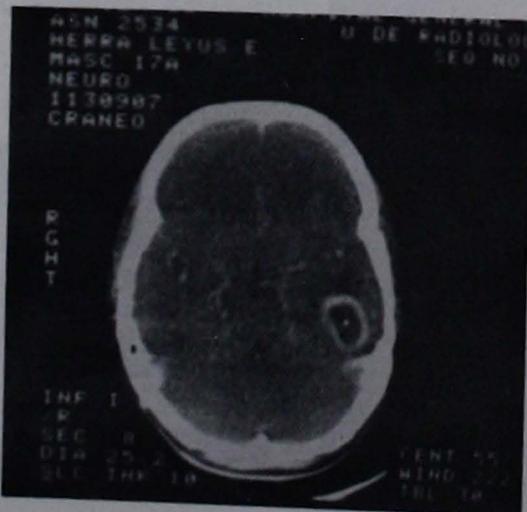


Foto No. 15

Tomografía computarizada de cráneo, en paciente de 16 años de edad con un absceso cerebral del lóbulo temporal derecho por OMC, colesteatoma, y agudización de su patología.

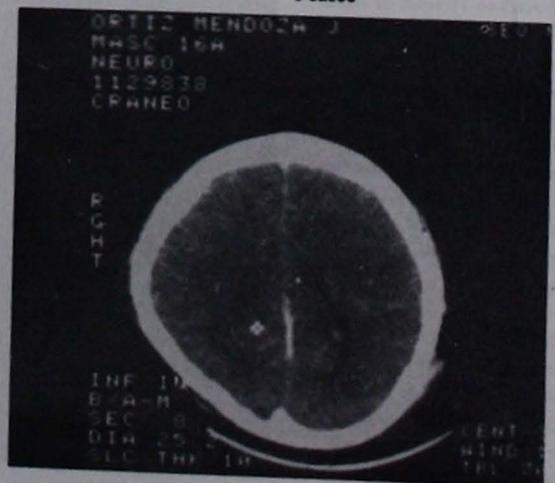


Foto No. 16

Masculino de 15 años de edad, con OMC bilateral, presencia de absceso del lóbulo cerebeloso derecho, encapsulado, único, subcortical.

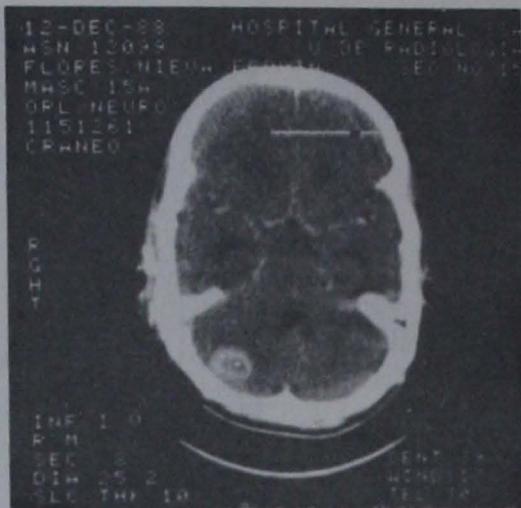


Foto No. 17

Absceso cerebeloso izquierdo, encapsulado, de gran tamaño en paciente con OMC bilateral, grandes colesteatomas con lesión hacia la fosa posterior por lisis ósea.



Discusión y Conclusiones

Las complicaciones intratemporales y extratemporales de la Otitis media crónica, han modificado su frecuencia, agresividad y morbimortalidad en los últimos 50 años, por la aparición, evolución e investigación de mejores y más efectivos antibióticos así como de otros muchos fármacos con los que contamos en la actualidad. El conocimiento preciso y topográfico de las lesiones por los avances de

la radiología e imagen; así como la atención médica de primer y segundo nivel.

Sin embargo, la lucha no está ganada, estos problemas se siguen presentando; las agudizaciones y reactivaciones de los procesos crónicos, la agresividad bacteriana, la resistencia de los mismos gérmenes a los antibióticos, la desnutrición, la ignorancia, la pobreza, las enfermedades sistémicas asociadas y en otras ocasiones las dificultades para obtener los servicios de salud, hacen que nuestra preocupación e interés por esta patología no se nos olvide.

Las cifras y porcentajes obtenidos en esta evaluación, pueden variar con las reportadas por otros autores, sólo debemos pensar que la patología de los países en desarrollo, por lo ya escrito hace un momento, no podrá nunca ser comparable con países del primer mundo, o de condiciones mejores que las nuestras desde el punto de vista económico y cultural.

Sólo debemos insistir, que la adecuada preparación de médicos y especialistas, el trabajo multidisciplinario de institución y privado y el pensar que las enfermedades y sus complicaciones no están controladas ni erradicadas, nos llevará a hacer una mejor medicina, en beneficio de los pacientes.

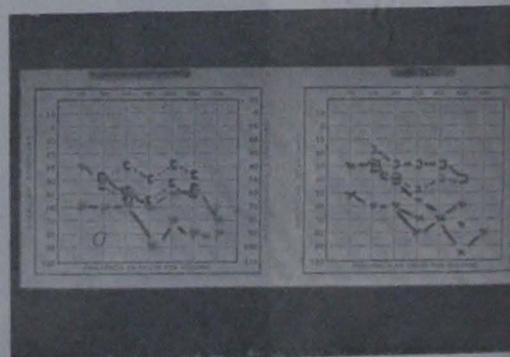
Foto No. 18

Masculino 71 años de edad con OMC colesteatomatosa izquierda de 60 años de evolución, que asiste al Hospital con parálisis facial de 20 días de instalada, mastoidectomía radical y abundante tejido de granulación sobre nervio facial descubierto en una amplia zona por osteolisis.



Foto No. 19

Se muestra el promedio de pérdidas auditivas en los pacientes con OMC a quienes se les ha practicado mastoidectomía radical.



Referencias Bibliográficas

- 1.- Courville C B.: Intracranial complications of otitis media and mastoiditis in the antibiotic era. *Laryngoscope* 1955.65:31.
- 2.- Glascock M, Shambaugh G.: Intracranial complications of otitis media. En *Surgery of the ear*, Philadelphia. Saunders WB 1990.249-51.
- 3.- Mayerhoff W; Sun CH; Paparella M.: Patology of chronic otitis media. *Annals of ORL* 1978;87 No.6:749.
- 4.- Snow J.B.: Cranial and intracranial complications of otitis media. En *English C. Ed. Otolaryngology*. Harper and Row Charper 31.
- 5.- Maran A. G. D.: Ed. *Clinical Otolaryngology*. Blackwell Scientific. Chapter 13.
- 6.- Ibeke A O. Okoye B C.: Subperiosteal mastoid abscesses in chronic suppurative otitis media. *Ann Otol. Rhinol. Laryngol.* 1988.97: 373-5.
- 7.- Mathews T.J.: Acute on chronic mastoiditis (a five year experience at groote schuur Hospital) J. *Laryngol. Otol.* 1988. 102: 115-7
- 8.- Tos M.: Sensorineural hearing loss in acute and chronic middle ear diseases. *Acta Otolaryngol.* 1989.457:87-93.
- 9.- Vartiainen E.; Karjaidinen S.: Factors influencing sensorineural hearing loss in chronic otitis media. *Am J. Otolaryngol.* 1987;8(1):13-5.
- 10.- McCabe B.F.: Labyrinthine fistula in chronic mastoiditis. *Ann Otol. Rhinol. Laryngol* suppl.1984. 112:138-41.
- 11.- Grewal D.S. Shah D.D.: Round window membrane perforation-a complication of chronic suppurative Otitis media. *J. Laryngol Otol.* 1986.100 1307-9
- 12.- Morizono T.; Giebink GS.; Paparella MM.; Sikora MA; Shea D.: Sensorineural hearing loss in experimental purulent otitis media due to streptococcus pneumoniae. *Arch. Otolaryngol.* 1985.111:794-8.
- 13.- Paparella M.M.; Morizono T., Le CT., Mancini F. Sipil P. Choo Y.B.; Kim C.S.: Sensorineural hearing loss in otitis media. *Ann Otol. Rhinol. Laryngol.* 1984.93:623-9.
- 14.- Paparella MM.; de Suosa LC. Mancini F.: Menier's syndrome and otitis media. *Laryngoscope* 1983.93:1408-15.
- 15.- Goodhill V.: Complications of otomastoiditis. Ed. *Diseases Deafness and Dizziness*. Hagerstown. Harper and Row 360-86.
- 16.- Chu FWK, Jackler R.: Anterior epitympanic cholesteatoma with facial paralysis:a characteristic growth pattern. *Laryngoscope* 1988.98:274-79.
- 17.- Takahashi H. Nakamura H. Yui M., Mori H.: Analysis of fifty cases of facial palsy due to otitis media. *Arch. Otorhi laryngol.* 1985.241:163-8.
- 18.- Glascock M. Shambaugh G.: Aural complications of otitis media. *Surgery of the ear*. Ed.Philadelphia.Saunders WB. 1990.277-290.
- 19.- Yaniv E.; Poccock R.: Complications of ear disease. *Clin. Otolaryngol.* 1988.13:357-61.
- 20.- Schwaher MK.; Pensak ML.; Bartels LS.: The early signs and symptoms of neurotology complications of chronic suppurative otitis media. *Laryngoscope* 1989.99:373-5.
- 21.- Ohsaki K.; Yamashita S.; Fujita A.; Masuda Y. y cols.: Mechanism of bone destruction due to middle ear cholesteatoma as revealed by laser-Raman spectroscopy. *Am. J. Ot. Laryngol.* 1988 9:117-26.
- 22.- Gower D.; McGuirt W.: Intracranial complications of acute and chronic infections ear disease:a problem still with us. *Laryngoscope* 1983.93:1028-33.
- 23.- Lampe RM.; Edwards MS.: Intracranial complications in children with chronic middle ear disease. *Tex. med.* 1984.80: 52-4

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

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

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

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

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

5.- Página del resumen: deberá ser claro y conciso expresando brevemente el contenido y conclusiones, sin hacer mención o referencias, cuadro o ilustraciones. El mismo es conveniente que traduzca al inglés. En esta misma página deberán venir 4 o 5 palabras claves sobre el contenido del artículo.

6.- Texto: La mayoría de los trabajos deberán venir divididos en las secciones de introducción, material y métodos, resultados y discusión. En la introducción escriba claramente los objetivos y propósitos del trabajo y consigne solamente las referencias pertinentes. Describa los métodos utilizados, los instrumentos y procedimientos con detalle, para que otro investigador pueda repetir el experimento con los mismos resultados. Exponga los métodos estadísticos. Los resultados se expondrán en secuencia lógica y sin repetir en el texto lo que se demuestra en cuadros y figuras. En la discusión no repita los resultados destaque los más importantes y relaciónelos con los de otros autores. Establezca relación entre los resultados obtenidos y los propósitos del trabajo. Finalmente señale las conclusiones que se derivan del artículo.

7.- Abreviaturas y Unidades: Si se desea hacer alguna abreviatura señale entre paréntesis la primera ocasión que

aparece en el cuerpo del texto. Ejemplo: trompa de Eustaquio (tE) utilice las unidades del Sistema Internacional de Unidades.

8.- Referencias: Deberán estar enumeradas en orden de aparición en el texto. Los nombres de la Revista se abreviarán de acuerdo al Index Medicus.

Anote los apellidos y las iniciales de todos los autores cuando sean 6 o menos. Cuando sean más de 7, puede anotar los tres primeros y anotar: y cols.

Ejemplos de Revistas:

Vilar-Puig, Osorno VA, Espinosa RJ

Anomalías anatómicas del golfo de la yugular en el oído medio. *Anal Soc. Mex. ORL* 1983;28: 113-118.

Ejemplos de libros:

Un sólo autor:

Levy-Pino VS *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.

Discinecia ciliar

Dr. Jaime Fernández Espinosa*

Dr. Antonio Soda Merhy**

Dr. Halimi Pérez Martínez***

Resumen.- Se presentan 7 casos de síndrome de Kartagener o discinecia ciliar primaria con situs inversus sinusitis y bronquiectasias. Investigando edad, sexo, exámenes bacteriológicos de expectoración, estudios radiológicos simples y broncografías, antecedentes de internamientos previos y complicaciones. Se describe detalladamente la terapia física rehabilitatoria que siguen estos pacientes para prevenir la éxtasis de las secreciones y evitar las complicaciones como son las infecciones del tracto respiratorio y con esto tratar de evitar el desarrollo de un cor pulmonale crónico en forma prematura y proporciona a los pacientes con esta anomalía una expectativa de vida mayor.

Summary.- A report of seven cases of Kartagener Syndrome due to primary ciliary dyskinesia with situs inversus sinusitis and bronchiectasis is made. The age, sex, bacteriological studies, radiological studies, number of hospitalization days, as well as complications is revised. A description of rehabilitation procedures to prevent the infection of the respiratory tract is carefully detailed. The authors emphasize the management of this patient to prevent right heart failure and to give the patients with this anomaly a better quality and expectative of life.

* Adscrito al departamento de ORL del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

** Jefe del Departamento ORL I.N.E.R.

*** Residente 3er. año ORL I.N.E.R.

Palabras clave: Discinecia ciliar, síndrome de Kartagener, síndrome de cilio inmóvil, sinusitis, bronquiectasias.

Introducción

El síndrome de Kartagener fue descrito en 1933 se caracteriza por una triada signológica; sinusitis, bronquiectasia y situs inversus. Se encuentra además alteraciones en el transporte mucociliar y en la movilidad espermática; en la ultraestructura ciliar se muestra que los brazos de dineína están perdidos o desorientados. La ausencia de los brazos de dineína ha sido reportada como una alteración de origen no determinado responsable de las manifestaciones clínicas del síndrome por lo que se ha renombrado como síndrome de cilio inmóvil o bien discinecia ciliar. Los brazos de dineína contienen casi toda la ATPasa necesaria para la actividad de los cilios, la inmovilidad causa alteraciones en el transporte mucociliar produciendo por consecuencia las bronquiectasias, sinusitis, otitis media y se aduce que también esta inmovilidad es responsable de que no haya rotación del embrión por lo que al no producirse se manifiesta el situs inversus.^{1,2,3,4,5,6}

La presencia de cilios en el epitelio del aparato respiratorio fue reportado en 1835 por Sharpey y el primer modelo teórico del transporte mucociliar fue propuesto por Lucas y colaboradores en 1934; sin embargo, no es hasta en los últimos diez

años gracias al desarrollo tecnológico para estudiar la dinámica de los fluidos que se ha descrito el mecanismo en el que el movimiento ciliar, el fluido periciliar y la secreción mucosa se acoplan para realizar la depuración y limpieza del aparato respiratorio.⁷

En el humano este epitelio tiene una área de aproximadamente 100 m² con un total de alrededor de 3 x 10¹² cilios, sin tomar en cuenta los que encontramos en los ventrículos cerebrales, oviductos, espermatozoides, vasos eferentes y los cilios solitarios de la cámara anterior del ojo. En el epitelio respiratorio los encontramos en la cavidad nasal, senos paranasales, el oído medio y las vías respiratorias bajas hasta los bronquiolos respiratorios.

El transporte mucociliar depende de la interacción entre el movimiento ciliar, las características adecuadas del moco y los fluidos periciliares, cualquier alteración de éstas puede interferir en su adecuado funcionamiento. Se han identificado 8 tipos de células en la superficie epitelial de las vías respiratorias siendo productoras de gránulos de secreción, las caliciformes, las claras y las serosas. El moco producido por éstas forman complejos mucopolisacárido-proteína y forman una sábana mucosa que contiene enzimas antimicrobianas e inmunoglobulinas.⁸

En las vías respiratorias las células ciliadas forman una cubierta continua, intercalada con las células caliciformes, en las áreas más distales las células ciliadas son más escasas y se rodean de células claras. Cada célula ciliada tiene un diámetro de 5 micrómetros con 200 cilios cada una aproximadamente. Cada cilio mide un promedio de 3 micrómetros de ancho y de 6 a 8 micrómetros de longitud, siendo más largos en la tráquea y reduciéndose en los bronquiolos terminales. Los cilios normales están formados por un siste-

ma de microtúbulos con una disposición de 9 pares externos y uno central, siendo esta estructura constante desde los protozoarios hasta el hombre.⁹ En un corte longitudinal se aprecia que la capa más externa es continua con la membrana que cubre a la célula y el sistema de microtúbulos emerge de un cuerpo basal del citoplasma celular, con una raíz común y que a medida que emerge cambia la estructura de 2 x 9 pares de tubulina. La punta termina en una corona de ganchos que ayuda a la propulsión de la capa mucosa, los pares externos se forman de un túbulo A y uno B, conectados a los pares adyacentes por eslabones de nexina. Los brazos de dineína se originan en el túbulo A y contienen adenosin trifosfatasa. Los túbulos centrales están rodeados de una vaina y se conectan a los pares externos por estructuras radiales.

Los cilios se encuentran en una capa mucosa profunda o capas sol, fluida en material menos viscoso la capa gel, su movimiento es de aproximadamente 20 latidos por segundo. Consiste en un golpe, un golpe efectivo y uno de restablecimiento, estimulados al parecer por la reacción directa del cilio y una posible regulación vagal no bien dilucidada. De esta manera el cilio bate en un baño de líquido seroso claro (capa sol) impulsando al moco (capa gel).

La discinesia ciliar puede ser hereditaria y adquirida, siendo de acuerdo la clasificación de Rossman la disfunción ciliar primaria y hereditaria el síndrome de Kartagener y el síndrome de Young.^{10,11}

El propósito de este trabajo fue efectuar una revisión de los pacientes vistos en el Instituto en los últimos años, recopilar los datos más importantes dando énfasis a su manejo médico y rehabilitatorio.

Material y Métodos

Se revisaron los expedientes de 7 pacientes vistos en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de la Ciudad de México D.F. de 1984 a 1990, analizándose los siguientes datos: edad, sexo, cuadro clínico, estudios radiológicos, cultivos de secreciones, tratamiento y número de internamientos.

Caso 1

M.P.T. 874741

masculino 44 años padecimiento desde la infancia, en los últimos 4 años con exacerbación de



Foto 1
Sección transversal de un cilio (ultraestructura).

tos con expectoración mucopurulenta verdosa y en ocasiones con hemoptis, descarga retronasal purulenta constante y rinorrea mucohialina, ha presentado cuadros de otitis media y disfunción tubárica.

Tiene *situs inversus* y dextrocardia, tres internamientos previos por síndrome supurativo pulmonar, en Rx de tórax además de la dextrocardia, imágenes areolares basales bilaterales, Rx de senos paranasales, sinusitis maxilar bilateral con opacidad de celdillas etmoidales y opacidad de senos frontales, no se le realizó broncografía, en los cultivos de expectoración se ha cultivado *Pseudomonas aeruginosa* en sus internamientos previos, antecedentes familiares madre y hermana tosedoras crónicas, además tiene hipocratismo acrocianosis y datos de cor pulmonale crónico.

El tratamiento médico está encaminado a el problema de cor pulmonale y se le da tratamiento de rehabilitación respiratoria, con lo que ha mejorado últimamente.

Caso 2

G.R.A.885666

femenino de 20 años de edad, soltera, inició su padecimiento actual desde los 5 años de edad, presenta frecuentemente tos con expectoración mucopurulenta con remisiones y exacerbaciones, descarga retronasal y rinorrea mucohialina no ha presentado cuadros de otitis media, tiene *situs inversus* y dextrocardia. Fue internada por un síndrome supurativo pulmonar. Rx de tórax dextrocardia, imágenes areolares de predominio derecho, Rx, SPN datos de pansinusitis con opacidad en todos los senos, broncografía no tiene, en los cultivos se ha aislado *hemofilus sp*, con antecedente familiar de una hermana con síndro-

me de Kartagener, ella tiene cor pulmonale, hipocratismo digital. El tratamiento sólo se encuentra en rehabilitación respiratoria. El tratamiento de la sinusitis básicamente fue en base a trimetoprim sulfametozazol, el tratamiento médico fue con broncodilatadores del tipo del salbutamol y mucolíticos, recibe cursos periódicos con antibióticos del tipo de amoxicilina.

Caso 3

G.R.E. 885642

femenino de 18 años de edad, soltera, se refiere desde los 8 años de edad con tos en accesos con expectoración mucopurulenta con rinorreas y descarga retronasal mucopurulenta no ha presentado cuadros de otitis media tiene *situs inversus* y dextrocardia. Ha sido internada en una ocasión con cuadro de supuración pulmonar, radiológicamente se encontraron los siguientes datos positivos, dextrocardia, imágenes areolares basales, broncografía con bronquiectasias saculares en los cultivos sólo se han aislado escasas colonias de *candida albicans*, antecedentes de una hermana con S. de Kartagener además presenta hipocratismo digital.

Caso 4

J.P.M. 885790

femenino de 7 años de edad, inicia su padecimiento desde los 8 días de nacimiento con tos en accesos con remisiones y exacerbaciones con expectoración mucopurulenta, también con rinorrea mucopurulenta, no ha presentado cuadros de otitis media, se le encontró con *situs inversus* y dextrocardia fue internada por cuadro supurativo pulmonar. Radiológicamente se encontró hielos empastados, opacidades heterogéneas bilaterales de predominio derecho apicales, imá-

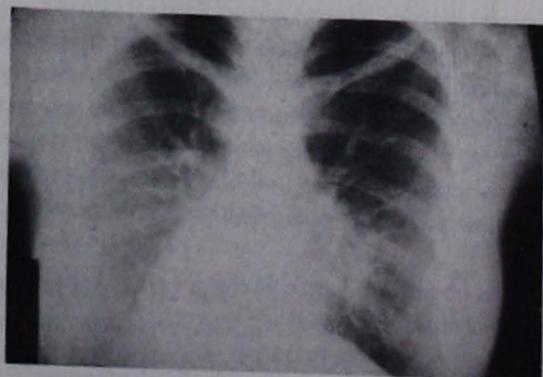


Foto 2 y 3
Pacientes con dextrocardia

genes sugestivas de bronquiectasias basales izq. en Rx de SPN se encontró con datos sugestivos de etmoiditis bilaterales, en la broncografía se encontró bronquiectasias cilíndricas del lóbulo inferior izquierdo. Los cultivos de secreción negativos. El tratamiento está siendo manejado en el departamento de rehabilitación respiratoria. En su internamiento se manejó a base de antibióticos, ambiente húmedo, broncodilatadores del tipo del salbutamol y mucolíticos.

Caso 5

R.C.A. 865400

masculino de 20 años con padecimiento actual desde los cuatro años de edad con tos en accesos con expectoración mucopurulenta con remisiones y exacerbaciones, se refiere además rinorrea y descarga retrorrenal con las mismas características, no ha presentado cuadros de otitis media además tiene *situs inversus* y dextrocardia, dos internamientos, uno por infección pulmonar y otro por cor pulmonale descompensado que lo llevó a insuficiencia cardiorespiratoria y posteriormente falleció. La radiografía fue reportada como con imágenes areolares bilaterales, dextrocardia, cardiomegalia, empastamiento parahiliar bilateral, Rx de senos paranasales mostraron sinusitis maxilar izquierda con nivel hidroaéreo, seno maxilar derecho opaco y celdillas etmoidales con opacidad así como seno esfenoidal. En los cultivos de expectoración se aislaron *Bramanella C.*, *escherichia coli*, *micrococos sp.* Antecedentes, un hermano con síndrome de Kartagener. En su ingreso se manejó básicamente por el cor pulmonale descompensado, y posteriormente se agregó un cuadro séptico que finalmente le llevó a su deceso.

Caso 6

R.C.G. 23836

masculino de 16 años, se presenta con tos desde los 7 años de edad con remisiones y exacerbaciones, con tos, con expectoración mucopurulenta, así como rinorrea y descarga retrorrenal de las mismas características no ha presentado cuadros de otitis media, se presenta con dextrocardia y *situs inversus*.

Fue internado por síndrome supurativo pulmonar, en los Rx de tórax se muestra opacidades heterogéneas para hiliares derechas, en los Rx de

senos paranasales se encontró opacidad de celdillas etmoidales y engrosamiento de mucosa de senos maxilares, en la broncografía encontramos dilataciones bronquiales en lóbulo medio derecho y en la llingula del izquierdo en el segmento inferior, en los cultivos de expectoración se aislaron *bramanella catarralis* y *streptococo alfa hemolítico*, fue internado en una ocasión por presentar infección pulmonar, además tiene un hermano fallecido con síndrome de Kartagener. Fue manejado con antimicrobianos del tipo de TMZ y PSC nebulizaciones térmicas, mucolíticos del tipo del ambroxol, salbutamol y fisioterapia.

Caso 7

S.B.J. 9046580

femenino de 16 años de edad, se presenta con tos y expectoración mucopurulenta desde los 5 años de edad con remisiones y exacerbaciones, descarga retrorrenal mucopurulenta y rinorrea de las mismas características, nunca ha presentado cuadros de otitis media; presenta además *situs inversus* y dextrocardia un internamiento por cor pulmonale descompensado. Radiológicamente en el tórax se encontraron imágenes micronodulares, en ambas bases imágenes areolares en lóbulos inferiores y en la llingula, en los senos paranasales se encontró opacidad de senos maxilares y celdillas etmoidales, el cultivo de expectoración se aisló pseudomona auriginosa, como datos clínicos agregados muestra hipocratismo digital, acrocianosis y cor pulmonale crónico actualmente sólo se le da rehabilitación respiratoria. A su ingreso se manejó por el problema de cor pulmonale con digital diuréticos, oxigenoterapia, micronebulizaciones, broncodilatadores y antimicrobianos del tipo de PSC amikacina, TMS, ambroxol y fisioterapia respiratoria.

Resultados

Se revisaron en forma retrospectiva los expedientes de 7 pacientes vistos en INER durante 1984 hasta 1990 cuyas edades variaron desde los 7 meses hasta los 44 años como límite superior, 4 femeninas y 3 masculinos. Los antecedentes familiares positivos en dos pares de nuestros pacientes fueron hermanos con S. de Kartagener, en un paciente sólo se documentó madre y hermana con tos crónica y en un paciente fueron negativos los antecedentes familiares.

Los datos clínicos encontrados fueron:

Tos: en todos los pacientes⁷ se presentó en forma de accesos, productiva, con remisiones y exacerbaciones.

En el paciente de 7 meses de edad además fue disneizante y emetizante, el inicio de la sintomatología se refirió desde los 7 días hasta los 8 años.

Expectoración: se presentó así mismo en todos los pacientes igualmente con remisiones y exacerbaciones, en todos los casos fue purulenta. Como datos agregados uno presentó hemoptisis y otro paciente con hemoptoicos ocasionales.

Descarga retranasal: se encontró en los 7 pacientes, en 6 fue mucopurulenta y en uno mucohialina.

Rinorrea: se presentó en todos los pacientes y ésta varío de mucohialina a purulenta.

Síndrome supurativo pulmonar: se demostró en 5 de los casos revisados.

Hipocratismo y acrocianosis: se reporta en 6 de los pacientes, sólo en la paciente de 7 meses no se encontró.

Situs inversus y dextrocardia: en todos los pacientes.

Motivo del internamiento: en 7 de los pacientes fue por infección pulmonar, en 2 de los casos

además presentaron cor pulmonale descompensado.

Métodos de diagnóstico:

Radiología: en todos los pacientes se realizaron Rx de tórax donde se comprobaron los datos de dextrocardia y *situs inversus*. En las radiografías simples se sospecharon las bronquiectasias por las imágenes areolares basales. Sólo en dos de los pacientes se realizaron broncografías documentándose las bronquiectasias. En relación a los resultados de Rx de senos paranasales los resultados fueron tres casos con pansinusitis, uno con etmoiditis bilateral, un caso con sinusitis maxilar y esfenoidal, dos casos con sinusitis etmoidal y maxilar.

Bacteriología: En 6 de los pacientes se tomaron cultivos de expectoración los gérmenes cultivados fueron: *pseudomona auriginosa*,² *bramanella catarralis*,² *Hemofilus sp.*,¹ *estreptococo alfa hemolitico*¹ *micrococos sp.*,¹ *E. Coli*¹ *Candida albicans*.

Terapia Física Respiratoria:

1. Patrón respiratorio diafragmático. Consiste en enseñar al paciente a utilizar su músculo diafragmático durante la respiración, de tal forma que durante la expiración el diafragma comprime las bases pulmonares para expulsar las secreciones y durante la inspiración el diafragma comprime las vísceras abdominales.
2. Higiene bronquial. Drenaje postural anatómico: para determinados lóbulos y segmentos realizando inclinaciones y decúbitos variables tratando de encontrar la posición favorecida por la gravedad para que drenen determinados lóbulos y segmentos, tomando en cuenta que la anatomía pulmonar en estos pacientes esta distorsionada.

Técnica de la vibración manual, que junto con la anterior es aplicada por el terapeuta. Sobre la parte superior del tórax aplicando sacudidas suaves con las manos, a manera de pequeños golpes con el puño, que van a tener como efecto que las secreciones se fragmenten en el árbol bronquial y propiciar el desplazamiento a la vías aéreas centrales.

3. Manejo de la tos productiva. Consiste en enseñar al paciente a relajar la glotis durante la fase compresiva de la tos en el momento en que aumenta la presión intratorácica, utilizando

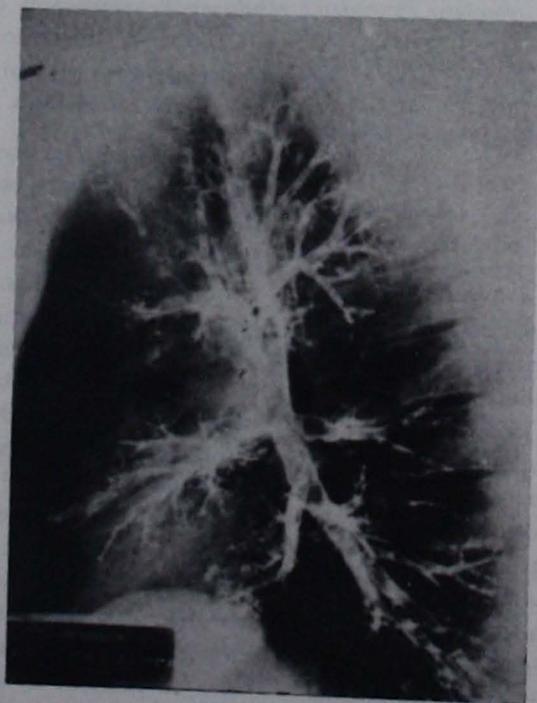


Foto 4
Bronquiectasias saculares.

para ello sonidos guturales como jang, jong, ajum, etc, haciendo la tos más productiva.

Ejercicios respiratorios

Este tipo de ejercicios sirve para aumentar el patrón diafragmático de la respiración.

Ejercicio 1: Acostado y perfectamente relajado, expulsar lentamente el aire del tórax, contrayendo los músculos abdominales y deprimiendo el abdomen, luego relajar los músculos abdominales y tomar aire a través de la nariz.

Ejercicio 2: Acostado boca arriba con rodillas flexionadas colocar una mano sobre su abdomen pedir que expulse el aire por los pulmones lentamente, pidiendo al mismo tiempo que contraiga los músculos abdominales "sumiendo el vientre" y siguiendo el movimiento del mismo con la mano, inspirar por la nariz inflando el abdomen.

Ejercicio 3: Acostado hacia arriba y la espalda pegada a la superficie con las rodillas en flexión colocar una mano sobre las costillas y otra sobre su abdomen con el pulgar encima del ombligo tomando aire y permitir que el abdomen se eleve lo más posible, después de exhalar con lentitud con los labios fruncidos mientras presiona su abdomen con firmeza hacia adentro y hacia arriba en tanto el tórax permanece aún en reposo.

Ejercicio 4: En posición a gatas, realizar contracciones del abdomen alternando en inspiración y espiración.

Ejercicio 5: En la posición anterior tomar aire a fondo, marcar un tiempo de pausa mientras se contrae el abdomen, al finalizar relajarse soplando.

Comentario

En 1933, Kartagener describió un síndrome que consistía en *situs inversus*, rinosinusitis crónica y bronquiectasia, en el cual lleva su nombre hasta la fecha.¹ Afzelius postuló que la anomalía ciliar responsable de la infección crónica de la vía aérea era también responsable de esterilidad primaria en estos pacientes.¹² El dedujo que la rotación a la derecha, normal en el embrión también se encontraba afectada resultado en *situs inversus* en la mitad de los pacientes con esta afección.¹³ Elliason y asociados establecieron en 1977 que un defecto congénito en los cilios causaban los síntomas y la nombraron síndrome de

cilio inmóvil,¹⁴ el estudio morfológico con microscopio electrónico mostró las alteraciones en los componentes ultraestructurales del sistema ciliar del epitelio respiratorio.^{15, 16} Otros investigadores encontraron que en el síndrome de Kartagener, los movimientos ciliares no se encuentran abolidos completamente sino que hay algunos movimientos de éstos pero en forma incoordinada por lo que le renombraron como síndrome de discinesia ciliar primaria.^{17,18}

Desde que se describió el síndrome hasta nuestros días es indudable que conocemos más la fisiopatología, que es la responsable de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Mucho se ha descrito al respecto e inclusive se ha modificado la terminología, pero a estos pacientes seguimos sin ofrecerles una terapéutica adecuada.

Los enfermos continúan con sus síndromes supurativos pulmonares; con infecciones sinusales recurrentes, son pacientes tosedores crónicos y que desarrollan rápidamente un cor pulmonale que en la mayor parte de ellos lo llevará a la muerte en forma prematura.

Nuestro pensamiento actual es que estos pacientes pueden obtener una calidad de vida mejor y un expectativa de vida más larga. Nosotros proponemos que cuando se detecte un paciente con síndrome de cilio inmóvil no sólo nos conformemos con realizar el diagnóstico en ocasiones hasta con microscopía electrónica sino que se traten adecuadamente los cuadros de infecciones agudas pero la principal terapéutica será la preventiva y rehabilitadora.

En estos pacientes se deberán de someter a una terapéutica física estricta y continua ya que solamente de ésta nos vamos a valer para poder subsistir, al menos en lo posible, la falta del movimiento de los cilios. La terapéutica farmacológica en forma preventiva básicamente debe estar encaminada a fluidificar las secreciones; los mucolíticos del tipo de la carbometil cisteína con útiles, otro de los medicamentos utilizados en forma sistemática es el ambroxol. Pensamos que probablemente no esté indicado el manejo de antimicrobianos en forma profiláctica pero si en los cuadros agudos infecciosos. Los pacientes que han desarrollado insuficiencia cardíaca tendrán que tener un control médico estricto y continuo. En nuestro medio se han publicado algunos trabajos en relación al síndrome de Kartagener

19,20,21, nuestro trabajo muestra la experiencia en los últimos años, si bien este tipo de síndrome no es muy frecuente, probablemente las discinesias ciliares si lo son por lo que la rehabilitación respiratoria es una alternativa además del manejo médico farmacológico.

Conclusiones

Muchos de estos pacientes desarrollan cor pulmonale crónico y su expectativa de vida se ve acortada.

Consideramos que el interés de efectuar un diagnóstico morfológico es de vital importancia tanto académico como de investigación, ya que conociendo la bioquímica y las fisiología de las ultraestructuras del aparato respiratorio se podrán proponer tratamientos más efectivos.

Actualmente se manejan estos pacientes con tratamiento médico para las manifestaciones clínicas del síndrome y los pacientes se manejan con terapia física y rehabilitatoria del aparato respiratorio para tratar de que los pacientes no desarrollen en forma temprana un cor pulmonale.

Referencias Bibliográficas

1. *Kartagener M.*: Zur Pathologie der Bronchiektasien: Bronchiektasien bei situs viscerum invertus. Beitr Klin Tuberk 1933 83: 489-501
2. *Pederson H.; Mygind N.*: Absence of axonemal arm in nasal mucosa cilia in Kartagener's syndrome. Nature 1976 262: 494-5
3. *Eliasson R.; Mossberg B.; Camner P.; Afzelius B.A.*: The immotile cilia syndrome as an etiologic factor in chronic airway infections and male sterility. N Engl J Med 1977 297: 1-6
4. *Camner P.; Mossberg B.; Afzelius B.*: Evidence for congenital non functioning cilia in tracheobronchial tract in two subjects. Am Rev Respir Dis 1975 112: 807-9
5. *Afzelius B.A.*: A human syndrome caused by immotile cilia. Science 1976 193: 317-9
6. *Rubin BK.*: Immotile cilia syndrome (Primary ciliary dyskinesia) and inflammatory lung disease. Clin Chest Med 1988 9(4): 657-667.
7. *Sleigh M.; Blake J.; Liron Nadav.*: The propulsion of mucus by cilia. Am Rev Respir Dis 1988 137: 726-741.
8. *Barton A.D.; Lourenco R.v.*: Bronchial secretions and mucociliary clearance. Arch Int Med 1973 131: 140-144.
9. *Afzelius B.*: "Immotile cilia" syndrome and abnormalities induced by infection and injury. Am Rev Respir Dis 1981. 124: 107-109.
10. *Rossmann C.; Forret J.*: The dykynetic cilia syndrome. Chest 1980. 78 (4) 580-582.
11. *Rossmann C.; Forret J.; Ruffin A.*: Immotile cilia syndrome in persons with and without Kartagener's syndrome. Am Rev Respir Dis 1980. 121: 1011-1016.
12. *Afzelius B.A.*: The immotile-cilia syndrome and other ciliary diseases. Int rev Exp Pathol 1979; 19: 1-43.
13. *Afzelius B.A.; Eliasson R.*: Male and female infertility problems in the immotile cilia syndrome. Eur J Respir Dis 1983; 64 (suppl 127): 144-147.
14. *Eliasson R.; Mossberg; Camner P.; Afzelius B.A.*: The immotile cilia syndrome. N Engl J Med 1977; 297: 1-6.
15. *Sturgess J.m.; Chao J.; Wong J.; Aspin N.; Turner Jap.*: Cilia with defective radial sopekes. N Engl J Med 1979; 300: 53-56.
16. *Sturgess J.m.; Chao J.; Turner Jap.*: Transposition of ciliary microtubules. N Engl J Med 1980; 303: 318-322.
17. *Rutlan J.; Cole P.*: Ciliary Dyskinesia. Lancet 1980; 2: 859.
18. *Sleigh M.a., Van As A.; Van Den Baan S, Et Al.*: Primary ciliary dyskinesia. Lancet 1981; 2: 476.
19. *Gonzalez R. Piza J.*: Syndrome de Kartagener, revisión de la literatura e informe de cuatro casos en tres familias Bol Med Hosp Inf Mex 1981; 38: 5.
20. *Sandoval J.; Angeles A.; Lopez D.; Larriva J.*: Discinesia ciliar. Presentación de un caso. Ann Soc Mex. Otorrinol, 1988; XXXIII: (4) 305-309.
21. *Guzman F.; González A.; Rodríguez F.; Sánchez J.f.; Orozco S.*: Síndrome de cilio inmóvil. Una causa de infección crónica de las vías respiratorias. Ann Soc. Mex. Otorrinol. 1983; XXVIII: (2) 44-49.

Juárez '92

**XIV Congreso Nacional
de la Federación de Sociedades
y Colegios de Otorrinolaringología
y Cirugía de Cabeza y Cuello
de la República Mexicana, A.C.**

• **Fecha:**
24 al 27
de Octubre, 1992

• **Sede:**
Cd. Juárez,
Chihuahua

• **Presidente:**
Dr. Febronio
López Vitolás

Av. López Mateos Norte 372, Despacho 208 C.P. 32310
Cd. Juárez, Chihuahua Tel: (16) 16-23-38

Epistaxis posterior bilateral post-etmoidectomía

Dr. Mauricio Morales Cadena *

Dr. Antonio Sordo Pérez **

Dr. Francisco Martínez Gallardo ***

Resumen.- La patología infecciosa de los senos paranasales, continúa ocupando un lugar importante en la consulta cotidiana del especialista, y en muchas ocasiones la única forma de resolverla en forma satisfactoria es quirúrgicamente, lo cual puede traer complicaciones. Se presenta el caso de un paciente masculino con epistaxis posterior bilateral severa en el post-operatorio mediato de una etmoidectomía externa derecha e intranasal izquierda. El estudio angiográfico reveló que las arterias etmoidales se encontraban normales, y el sangrado provenía de ambas arterias esfenopalatinas, por lo que se maneja con embolización con Gelfoam. Se analizan las causas predisponentes del sangrado y el manejo racional de la epistaxis, así como las técnicas habituales de la etmoidectomía y sus complicaciones.

Summary.- A case of a male patient with a posterior epistaxis following a right external ethmoidectomy and a left intranasal ethmoidectomy. The angiography showed the integrity of both ethmoidal arteries and a bleeding from both sphenopalatine arteries the management was made with gelfoam embolization. An analysis of the causes and predisposing factors of the epistaxis as well of the techniques of ethmoidectomy and its complications is made.

Palabras clave: Epistaxis, etmoidectomía, complicaciones.

Introducción

La etmoidectomía intranasal fue descrita originalmente por Mosher, cuyo método consistía en la remoción completa del cornete medio para mejorar la ventilación de los senos paranasales y erradicar por completo la enfermedad. Poco tiempo después la técnica fue modificada por Pratt, quien indicó la importancia anatómica y funcional de preservar el cornete medio.¹

El seno etmoidal, estructura anatómica muy compleja, cuenta con 2 a 8 celdillas anteriores y mediales, y de 1 a 8 posteriores, alcanza su tamaño adulto alrededor de los 12 años de edad. Mide 24 mm de altura, 23 mm de longitud y 11 mm de

* Cirujano Otorrinolaringólogo. Ex residente del Hospital Español de México.

** Residente de Otorrinolaringología, Hospital Español de México.

*** Jefe del curso de Otorrinolaringología, Hospital Español de México.

ancho para el grupo anteromedial y 21 x 21 x 12 para el grupo posterior. Su irrigación depende de ramas de la arteria esfenopalatina y ambas arterias etmoidales ramas de la oftálmica, y se encuentra inervado por la primera y segunda división del trigémino. Tiene gran importancia clínica ya que junto con el seno maxilar pueden producir rinosinusitis a edades tempranas.^{2,3}

Existen diferentes abordajes quirúrgicos al seno etmoidal:

Etmoidectomía intranasal: En el pasado se consideraba un procedimiento peligroso, por lo que se prefieren otras vías, sin embargo en manos experimentadas es el método de elección en la actualidad, ya que además se cuenta con equipos endoscópicos muy completos. Las contraindicaciones relativas son poca experiencia del cirujano y cirugía previa con pocas o nulas referencias anatómicas.^{1,2,4,5,6}

Etmoidectomía externa: Por muchos años la vía más utilizada, permite una visualización completa del seno etmoidal. Es de elección cuando se ha realizado etmoidectomía intranasal previa y no se guardan patrones anatómicos, en caso de etmoiditis complicada con celulitis orbitaria, para exploración conjunta del seno frontal y como medio de acceso para ligadura de arterias etmoidales; otras indicaciones son: hipofisectomía transetmoidal, dacriocistorrinostomía, reparación de fistulas de líquido cefalorraquídeo y descompresión del exoftalmos maligno. No es de elección en casos de neoplasias malignas, a menos que sea dirigido como toma de biopsia.^{2,4,5,7}

Etmoidectomía transantral: También conocido como procedimiento de Jansen-Horgan, se utiliza cuando existe patología asociada en el seno maxilar y deben ser usadas únicamente cuando no se requiere una completa excentración de las celdillas etmoidales.^{2,5,6}

Etmoidectomía transorbitaria: También conocida como operación de Patterson, es poco utilizada, la única ventaja que representa es permitir el acceso al piso orbitario, por lo que se utiliza en caso de fractura del anillo orbitario, descompresión del globo ocular y menos común para hipofisectomía.⁵

Cualquiera que sea la vía utilizada para realizar una etmoidectomía, casi siempre va acompañada de otro procedimiento, que en orden de frecuencia son: antrostomía transnasal, cirugía

septal, turbinectomía, polipectomía, Caldwell-Luc, cierre de fistulas oroantrales, y dacriocistorrinostomía.^{4,8}

Las indicaciones para llevar a cabo una etmoidectomía no varían de acuerdo a la vía de abordaje elegida, y en orden de frecuencia, son: Pansinusitis crónica con poliposis nasal, pansinusitis crónica sin poliposis nasal, sinusitis recurrente refractaria a tratamiento médico, etmoiditis aguda o crónica asociada a complicaciones oculares (edema, celulitis o absceso), sinusitis asociado a complicaciones del seno frontal o esfenoidal, en combinación con abordajes al seno frontal en caso de mucocelos o abordaje al seno maxilar en caso de papiloma invertido, y para tumores benignos y malignos, ya sea toma de biopsia o tratamiento definitivo.^{1,3,5,6,7,8,9,10}

Las complicaciones que se pueden presentar varían de acuerdo a dos aspectos generales, en primer lugar depende del conocimiento anatómico de la región y la experiencia del cirujano y por otro lado de la patología que se trate y la vía de abordaje que sea elegida. Dentro de las más comunes tenemos: Hemorragia trans y post-operatoria secundario a lesión y retracción de las arterias etmoidales, complicaciones orbitarias trans y post-operatorias, ya sean secundarias a hemorragia o infección, fistulas de líquido cefalorraquídeo por lesión en la lámina cribiforme, obstrucción del conducto nasolagrimal, neuralgia del infraorbitario, disminución en la olfacción, ataques de asma, sinequias septoturbinales y mucho menos comunes pero graves son la meningitis, ceguera y muerte.^{2,4,5,11,12,13,14}

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 48 años de edad, que cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

Heredofamiliares: Madre de 78 años de edad, obesa, portadora de diabetes mellitus no insulino-dependiente.

Personales no patológicos: Ordinario y residente de esta ciudad, consume dieta para diabéticos.

Personales patológicos: 1952 apendicectomía. 30 días posterior a esta laparotomía por absceso en cavidad abdominal. En la misma fecha diagnóstico de glomerulonefritis primaria.

Figura 1
Tomografía computada, cortes axiales. Es evidente la sinusitis etmoidal, esfenoidal y maxilar de predominio derecho.

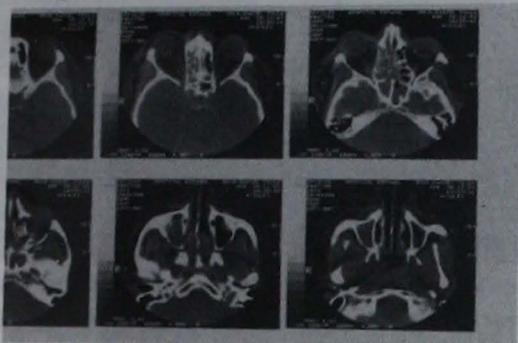


Figura 2
Tomografía computada, cortes coronales. Pansinusitis de predominio derecho.

1978 Diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. En la misma fecha tromboflebitis del miembro pélvico izquierdo.

1983 Celulitis del miembro pélvico izquierdo, afección a ortijos^{3,4,5 y 2} con ampulación de este último.

1986 Diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

1988 Diagnóstico de nefropatía diabética, retinopatía diabética y síndrome nefrótico.

1989 Diagnóstico de insuficiencia renal crónica.

1990 Enero: Diálisis peritoneal. Febrero: Fístula arteriovenosa e inicio de hemodiálisis. Noviembre: Insuficiencia cardíaca congestiva secundaria a sobrecarga de líquidos.

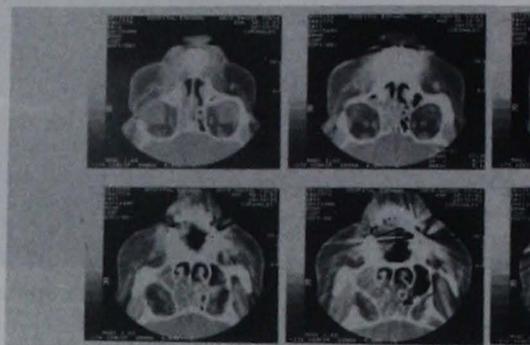
Medicación actual: Antepsin 1 gr. 1-1-1.

Angiotrofin 60 mg. 1-0-1

Azantac 150 mg. 1-0-1

Zyloprim 300 mg. 0-0-1

Insulina humana 15 unidades NPH.



Padecimiento Actual: Lo inicia el día 28 de noviembre de 1990, con sensación de cuerpo extraño en globo ocular derecho, constante, por lo que acude al servicio de urgencias donde se inicia tratamiento a base de Blefamide 1 gota cada 6 hrs., antimicrobiano no especificado, y analgésicos, sin encontrar mejoría del cuadro. El paciente evoluciona con hiperemia conjuntival, ardor local, febrícula de hasta 37.5, astenia, adinamia, ataque al estado general, náusea e hiporexia. Acude a su programa de hemodiálisis el día 3 de diciembre donde refirió dolor ocular importante, cefalea, disminución de la visión, rinorrea hematopurulenta por fosa nasal derecha y ataque al estado general.

En la exploración física se encuentra un paciente angustiado, con cefalea de predominio frontal severa, náuseas persistentes, disminución de la agudeza visual en ojo derecho, limitación en los movimientos oculares del mismo lado, aumento de volumen, blefaroptosis. Ambas fosas nasales con secreción purulenta abundante del predominio derecho. Faringe con descarga posterior purulenta.

Resto del problema. Por lo anterior se realizan estudios de laboratorio y gabinete, así como valoración cardiológica, que reportan:

Figura 3
Tomografía computada, cortes axiales. Se aprecia claramente la celulitis orbitaria derecha y la proptosis del globo ocular.

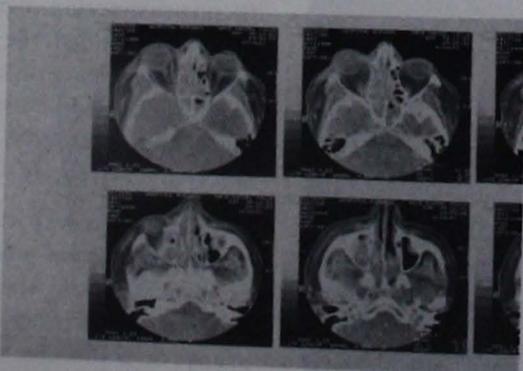


Figura 4
Angiografía por sustracción digital. Arteria carótida externa izquierda. Muestra claramente la zona del sangrado a nivel de la arteria esfenopalatina izquierda.



Figura 5
Angiografía por sustracción digital. Arteria carótida externa derecha. Muestra la zona de sangrado a nivel de la arteria esfenopalatina derecha.

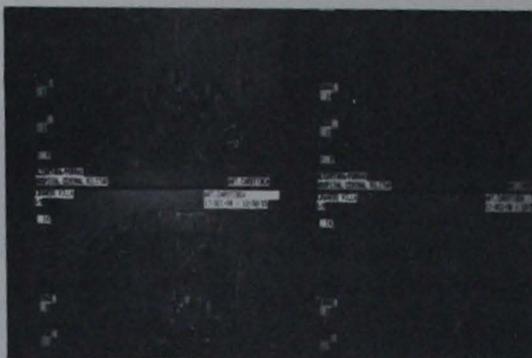
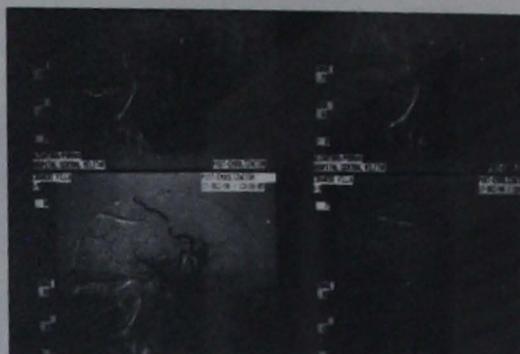


Figura 6
Angiografía por sustracción digital. Arteria carótida externa izquierda post-embolización.



Tomografía computarizada axial y coronal de senos paranasales con francas pansinusitis que incluye hasta el seno esfenoidal. (Figura 1,2,3). Laboratorio con 8.3 Hb, Htc 26.0, GB 18.5, Glucosa 200, creatinina 10.8 BUN 71 y un riesgo cardiológico grado IV.

Con los datos anteriores se decide realizar cirugía el día 4 de diciembre de 1990: Se realiza Caldwell Luc derecho, etmoidectomía externa derecha, se localiza el rostrum esfenoidal el cual se encuentra dehiscente, por lo que se realiza limpieza de la zona. Se practicó trepano frontal derecho con ruptura del tabique intersinusal para comunicar ambas cavidades. Etmoidectomía transnasal izquierda y antrostomías intranasales bilaterales. En todos los procedimientos se obtuvo gran cantidad de material purulento. Se dio por terminada la cirugía sin accidentes o inciden-

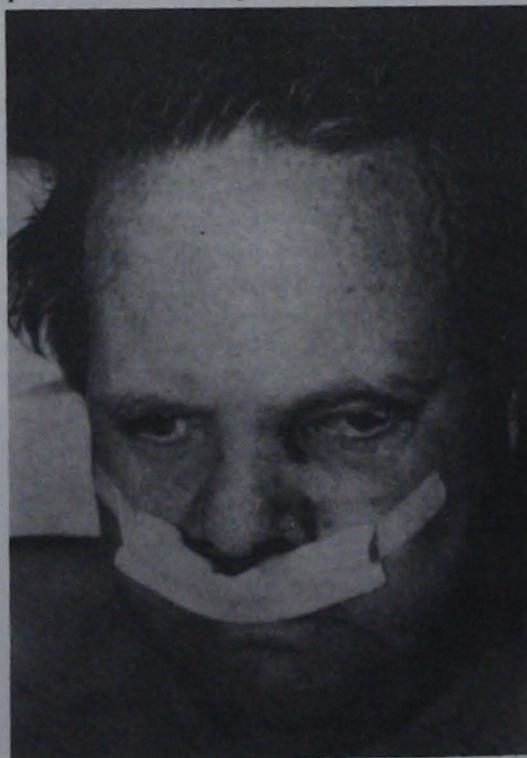


Foto 1
Foto clínica del paciente al tercer día post-operatorio. Había franca mejoría del cuadro clínico inicial.

tes. El paciente continuó su programa de hemodiálisis. Al tercer día se retiraron taponamientos nasales, notándose franca mejoría del cuadro inicial, disminución del edema y proptosis, con movimientos oculares normales. (Foto 1).

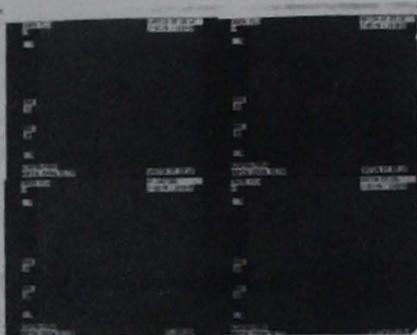
El control de laboratorio post-operatorio demostró Hb de 7.6 Gr. Hto 26.4, GB 12.0. El manejo antimicrobiano fue a base de metronidazol y dicloxacilina, el cual se cambió posteriormente por Sulbactam ampicilina. Su evolución fue buena hasta el sexto día post-operatorio en que se presentó epistaxis anterior izquierda en área II, que se maneja con taponamiento nasal anterior con lo que se controló. Fue sometido a hemodiálisis y 12 hrs más tarde presentó epistaxis masiva que requirió taponamiento anterior y posterior, con lo que se obtuvo control de la misma. El control de laboratorio mostró una Hg de 5 gr por lo que se manejó con transfusiones. Se dejó el taponamiento por espacio de 3 días, y al retirarlo no se encontró evidencia de sangrado. 3 hrs más tarde se sometió a su programa de hemodiálisis, volviendo a presentar sangrado nasal importante que ameritó la instalación de taponamiento anterior y posterior, sin embargo en esta ocasión permaneció con escurrimiento nasal posterior hasta el día 17 de diciembre, cuando se decide realizar angiografía por sustracción digital, selectiva de ambos sistemas carotídeos. Se localizó el sitio de sangrado proveniente de las arterias esfenopalatinas tanto del lado derecho como el izquierdo, por lo que se procedió a realizar embolización con Gelfoam. (Figura 4,5,6,7,8).

La evolución del paciente ha sido buena hasta el momento actual julio 1991, sin recidiva del proceso infeccioso sinusal, ni sangrado nasal. Continúa con el programa de hemodiálisis y su manejo de la Diabetes Mellitus.

Figura 7
Angiografía por sustracción digital. Arteria carótida externa derecha post-embolización.



Figura 8
Angiografía por sustracción digital. Muestra claramente ambas arterias etmoidales - Derecha e izquierda - íntegras, sin ninguna evidencia de sangrado.



Comentarios

Dentro de las enfermedades de los senos paranasales, la causa infecciosa ocupa el primer lugar. Existe una gran variedad de procedimientos para resolverla, dentro del cual se encuentra la etmoidectomía, cuyas complicaciones más temidas son las referentes al globo ocular y el sangrado.¹⁵

La nariz recibe su irrigación sanguínea de los dos sistemas carotídeos, el externo a través de la arteria esfenopalatina y de la carótida interna a través de las arterias etmoidales, entre ambos sistemas existen microanastomosis, lo mismo que entre el lado derecho e izquierdo; es por ello que la epistaxis, cualquiera que sea su causa debe ser manejada en forma integral.⁵

Las causas que ocasionan epistaxis son muy variadas y van desde problemas locales, ya sean infecciosos, traumáticos, tumorales hasta enfermedades generales, tanto nutricionales, metabólicas, hereditarias, etc. En todos los casos se debe resolver el sangrado y buscar la causa precipitante.^{16,17} Existe una gran variedad de métodos para resolver la epistaxis, su uso depende de la severidad y las condiciones particulares de cada paciente. En general se acepta que se debe intentar el manejo médico inicialmente, ya sea en forma de cauterización química o eléctrica, taponamientos

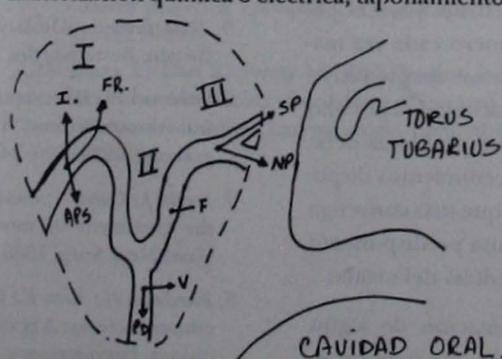
nasales y medidas generales, e intentar el manejo quirúrgico 72 hrs después de que el manejo conservador haya fallado.¹⁸

La epistaxis anterior ocupa el 80% de los casos y habitualmente no representa problemas en cuanto al manejo. En el caso del sangrado posterior las condiciones son diferentes, ya que comúnmente se presentan en pacientes mayores de 60 años de edad, con enfermedades generales subyacentes que complican o precipitan el sangrado, por lo que el manejo conservador tiende a fallar hasta en el 60% de estos pacientes, por lo que se recomienda emplear tratamientos quirúrgicos más agresivos para evitar complicaciones tales como sinusitis severa por taponamiento, hipoxia, falla cardíaca, anemia aguda, y hasta muerte súbita en pacientes mayores de 60 años con taponamiento posterior.^{5,18,19,20,21}

Se han intentado varios procedimientos para detener el sangrado nasal; taponamiento, criocirugía, cauterización directa de los vasos, etc, sin embargo la ligadura arterial es la más efectiva y segura.

Cuando el sangrado proviene de las arterias etmoidales, éstas se deben ligar y cauterizar a través de una incisión de Lynch, tanto la anterior como la posterior. Cuando el sangrado proviene de las arterias esfenopalatinas es mucho más severo; la forma de ligadura puede llevarse a cabo por medio de un abordaje cervical ligando la arteria carótida externa por arriba de su rama lingual. El abordaje intraoral extramaxilar para ligar la arteria maxilar interna es muy poco utilizado en la actualidad. El método más comúnmente usado es la ligadura de la arteria maxilar interna y sus ramas en la fosa pterigomaxilar; para realizar esta cirugía se requiere de un conocimiento adecuado del área quirúrgica, ya que hay variaciones anatómicas importantes. La ar-

Esquema I.
Arteria maxilar interna en la fosa Pterigomaxilar: Area I - APS - Art. alveolar posterosuperior, i - Art. Infraorbitaria, FR - Art. Foramen Rotundum. Area II - PD - Art. Palatina Descendente, V - Art. Canal pterigoideo, F - Art. Faríngea, Area III - SP - Art. Esfenopalatina, NP - Art. Nasal posterior.



teria maxilar interna se divide en tres áreas dentro de la fosa pterigomaxilar, y en cada una de ellas se derivan ramificaciones, a saber: **área I**-arteria alveolar posterosuperior, arteria infraorbitaria, y arteria del foramen rotundum. **área II**-arteria del canal pterigoideo y la arteria palatina descendente con sus dos ramas, la arteria palatina mayor y la arteria palatina menor, y en **área III** -arteria esfenopalatina, arteria nasal posterior y la arteria faríngea. Cualquiera que sea la variación localizada se recomienda colocar clips a nivel de la arteria maxilar interna en el área I, la arteria palatina descendente en el área II y a nivel de la bifurcación de la arteria esfenopalatina en el área III. El porcentaje de falla llega al 5.9%, y es debido a mala aplicación de los clips quirúrgicos, revascularización principalmente proveniente de las arterias etmoidales (por lo que se recomienda ligar las arterias etmoidales conjuntamente con este procedimiento), y mala técnica quirúrgica.^{19,20,21} (Esquema I).

La radiología moderna avanza rápidamente, y actualmente un método seguro y cada vez más utilizado es la embolización transarterial, que traduce las siguientes ventajas: se puede realizar con anestesia local, es repetible, puede realizarse con rapidez gracias a los equipos de sustracción digital, se pueden identificar exactamente los sitios de sangrado, la embolización se realiza cerca del sitio de sangrado y es de excelente utilidad para los casos en que falla la ligadura arterial. Su principal desventaja es que no se pueden embolizar los sangrados provenientes de las arterias etmoidales.^{22,23}

Conclusiones

La epistaxis es un verdadero reto tanto de diagnóstico como de tratamiento. La mayoría de los casos se resuelve de forma satisfactoria, con medidas locales y poca repercusión para el paciente, sin embargo en un número cada vez mayor de casos, el sangrado puede ser muy agresivo y poner en peligro la vida del paciente; es por ello que el médico que enfrenta este problema debe conocer a fondo todos los procedimientos disponibles y aplicar en cada caso el que más convenga al paciente, de acuerdo a la causa predisponente y las condiciones generales médicas del mismo.

La epistaxis es la representación de algún problema local o general, por lo que siempre se

debe buscar la causa que la está condicionando y no tan sólo concentrarnos en resolverla.

En el caso clínico presentado se reporta una epistaxis severa en el post-operatorio mediato de una etmoidectomía bilateral; por el procedimiento realizado era de esperarse que el sangrado proviniera de las arterias etmoidales, sin embargo al realizar la angiografía por sustracción digital se localizaron como vasos responsables, ambas arterias esfenopalatinas, las cuales se manejaron con embolización con Gelfoam. Los vasos etmoidales se encontraban normales, lo cual traduce que las condiciones médicas del paciente (diabetes mellitus, síndrome nefrótico, insuficiencia cardiaca y hemodiálisis), contribuyeron en forma determinante a la presencia de la epistaxis.

En la mayoría de los casos de epistaxis posterior severa es prácticamente imposible determinar el sitio exacto del sangrado, es por ello que cuando falla el manejo conservador, se deben realizar todos los estudios disponibles antes de decidir el manejo definitivo del problema, a fin de evitar cirugías innecesarias y de alto riesgo para el paciente.

Referencias Bibliográficas

1. *Eichel Berkley*.: The intranasal ethmoidectomy procedure: historical, technical and clinical considerations. Abstract in Annual Eye, Ear, Nose and Throat Seminar will present "Ophthalmologic and Otolaryngologic Complications and their Management. 1973.
2. *Cumming C.W.*; Otolaryngology, Head and Neck Surgery. I edición. United States: the C.V. Mosby, 1986: 937-944.
3. *Glasier M.; Mallory G.*: Significance of opacification of the maxillary and ethmoid sinuses in infants. The Journal of Pediatrics. 1989. 114: 45-50.
4. *Taylor J.; Crocker P.; et al.*: Intranasal ethmoidectomy and concurrent procedures. Laryngoscope. 1982. 92: 739-743.
5. *Scott Browns.*: Otolaryngology, 5 edición. Great Britain: Butterworths, 1987. 180-202.
6. *Friedman W.; Katsantonis G.*: Intranasal and transantral ethmoidectomy: A 20 year experience. Laryngoscope. 1990. 100: 343-348.
7. *Rubin J.; Lund V.; et al.*: Frontoethmoidectomy in the treatment of mucocoeles. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1986. 112: 434-436.
8. *Freedman H.; Kern E.*: Complications of intranasal ethmoidectomy: A review of 1000 consecutive operations. Laryngoscope. 1979. 89: 421-432.

9. *Avant R.; Kennedy D.; et al.*: Suplemento. Symposium, "First line management of sinusitis: A national problems". Suplemento. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 1990. 103: 845-888.
10. *Myers E.; Fernau J.; Johnson T.; et al.*: Management of inverted papilloma. Laryngoscope. 1990. 100: 481-490.
11. *May M.; Sobols.; Korzec K.*: The location of the maxillary Os and its importance to the endoscopic sinus surgeon. Laryngoscope. 1990. 100: 1037-1042.
12. *Ritter F.; Arbor A.*: The middle turbinate and its relationship to the ethmoidal labyrinth and the orbit. Laryngoscope. 1982. 92: 479-482.
13. *Thompson R.; Gluckman J.; Kulwin D.*: Orbital hemorrhage during ethmoid sinus surgery. Otolaryngology Head and Neck Surger. 1990. 102: 45-50.
14. *Schramm V.; Curtin H.; Kennerdell J.*: Evaluation of orbital cellulitis and results of treatment. Laryngoscope. 1982. 92: 732-738.
15. *Patt B.; Manning S.*: Blindness resulting from orbital complications of sinusitis. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 1991. 104: 789-795.
16. *Katsanis E.; Luke K.; et al.*: Prevalence and significance of mild bleeding disorders in children with recurrent epistaxis. The Journal of Pediatrics. 1988. 113: 73-76.
17. *Jackson K.; Jackson R.*: Factors associated with active refractory epistaxis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1988. 114: 862-865.
18. *Schaitkin B.; Strauss M.; Houck J.*: Epistaxis: Medical versus surgical therapy: a comparison of efficacy, complications, and economic considerations. Laryngoscope. 1987. 97: 1392-1396.
19. *Metson R.; Lane R.*: Internal maxillary artery ligation for epistaxis: an analysis of failures. Laryngoscope. 1988. 98: 760-764.
20. *Stepnick D.; Maniglia A.; et al.*: Intraoral extreme maxillary sinus approach for ligation of the maxillary artery: An anatomic study with clinical correlates. Laryngoscope. 1990. 100: 1166-1170.
21. *Morton A.; Khan A.*: Internal maxillary artery variability in the pterygopalatine fossa. Otolaryngology Head and Neck Surg. 1991. 104: 204-209.
22. *Hick J.; Vitek G.*: Transarterial embolization to control posterior epistaxis. Laryngoscope. 1989. 99: 1027-1029.
23. *Breda S.; Choi S.; Persky M.*: Embolization in the treatment of epistaxis after failure of internal maxillary artery ligation. Laryngoscope. 1989. 99: 809-813.

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 reside 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

La cirugía estático funcional del colesteatoma

Dr. Bosch J.*

Dr. López R.**

Dr. Gutiérrez G.***

Resumen.- El gran porcentaje de fracasos en la cirugía del colesteatoma (recurrente y residual) a largo plazo, tanto con las técnicas abiertas, como con las técnicas cerradas y asimismo los bajos índices de resultados funcionales socialmente útiles, han sido motivo de reflexión para la mayoría de los autores, sobre el tipo de técnica quirúrgica más adecuada para mejorar los resultados estático-funcionales. De un total de 337 casos de colesteatoma intervenido en un periodo de cinco años (1982-1987) con un seguimiento medio post - operatorio de 3.8 años.

19 casos (5.6%) corresponden a niños menores de 10 años y 39 (11.5%) a mayores de 60 años.

La localización del colesteatoma era mayoritaria en ático y antro (79%) con extensión a mastoides en un 52% y dos casos de colesteatoma congénito con tímpano íntegro.

El 98 % de los pacientes presentaban alteraciones de la cadena osicular.

En un 5.6% (19) se realizó una mastoidectomía radical, en 234 (69%) una mastoidectomía o aticoantrotomía con timpanoplastia y reconstrucción del defecto óseo de la pared posterior del conducto y en un 25% de casos (84 oídos) una técnica cerrada con conservación de la pared posterior y reconstrucción timpanosicular.

A los 3.8 años, los fracasos patológicos (colesteatoma residual y colesteatoma recidivante) fueron del 18 % (10 % con las técnicas abiertas, 14 % con las técnicas reconstructivas y 31 % con las técnicas cerradas) y un 40 % de resultados auditivos socialmente útiles con un Rinne de 0-20 dB (56 % en los casos con estribo móvil y 24 % sin supraestructura estapedial).

En la actualidad, la técnica más aplicada en la cirugía del colesteatoma es la radical modificada con reconstrucción timpánica.

Summary.- In the long-term results, the large percentage of failures in the cholesteatoma surgery (Recurrent and Residual), as well with the open and closed techniques and also the low rates in functional results, they are a point of reflexion for most of all of the authors, about the best surgical technique to improve the static-functional results. Among a total of 337 cases of cholesteatoma operated on in a five years period (1982 - 1987) with a follow up surgery to 3.8 years, 19 cases (5.6%) are children younger than ten years of age and 39 (11.5%) are adults older than 60 years of age:

The location of the cholesteatoma in the majority of cases was in the attic and antrum (79%) with

* Jefe del Servicio de ORL y Cirugía Funcional del Oído. Hospital de la Cruz Roja, Barcelona, España.

** Médico Residente del Servicio de ORL y Cirugía Funcional del Oído.

*** Hospital de la Cruz Roja, Barcelona, España.

extension to the mastoid in 52% an two cases of congenital cholesteatoma with intact eardrum, 98% of the surgically operates patients presented ossicular chain defects.

In 5.6% (19), radical mastoidectomy was performed, in 234 cases (69%), mastoidectomy or atticotomy with tympanoplasty and reconstruction of posterior wall and tympanic reconstruction was performed and in a 25 % of cases (84 ears) the ICWT.

In a 3.8 years the pathological failures (residual + recurrent cholesteatoma) was an 18.10 % (10 % with open techniques, 14 % with the reconstructive techniques and 31 % with ICWT, and a 40 % of the hearing results with a Rinne of 0-20 dB (56 % of the cases with stapedia superstructure and 24 % without stapedia superstructure).

At the present time, in the majority of the cases, the surgical technique used is the modified radical with tympanic reconstruction.

Palabras clave: Colesteatoma, resultados anatómicos y funcionales, timpanoplastía.

Introducción

El tratamiento quirúrgico de la otitis media crónica colesteatomatosa es objeto de controversia permanente, tanto al analizar los resultados obtenidos de la resolución del proceso patológico, como en el análisis de los resultados anatómo-funcionales a largo plazo.

Sea cual fuere la vía de abordaje y la técnica quirúrgica que se aplique, el objetivo fundamental de la timpanoplastía, es la erradicación permanente y total del proceso infeccioso o colesteatomatoso que ha determinado las lesiones. No deberá practicarse una cirugía reconstructiva, si no hay una firme convicción de haber solucionado la enfermedad timpanomastoidea.

El gran porcentaje de recidivas^{1, 2, 3} tanto con técnicas abiertas como cerradas, han hecho reflexionar a la mayoría de autores, sobre la conducta quirúrgica más apropiada, en busca de la resolución definitiva del proceso patológico, pasando a

No. de casos	Sexo Masculino	Sexo Femenino
337	214	123
100%	63,5%	36,5%

un segundo término, los otros dos objetivos de la cirugía del colesteatoma: Preservar o restaurar la anatomía y restaurar la función auditiva. Las expectativas creadas con las técnicas cerradas^{4, 5, 6} para en un solo tiempo quirúrgico alcanzar los cuatro objetivos fundamentales de la cirugía del colesteatoma, se han visto defraudados a largo plazo, por el gran porcentaje de fracasos, no sólo en cuanto al número de recidivas patológicas, sino también en cuanto a atrofas totales o parciales de la pared posterior⁷ que han convertido una técnica cerrada en una radical modificada.

Asimismo, con la técnica abierta con obliteración de la cavidad mastoidea⁸ aparte el riesgo de que el colesteatoma residual, evolucione bajo el material de recubrimiento, presentan recidivas un porcentaje elevado.

Es indudable que es preciso un mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos que condicionan la aparición y desarrollo del colesteatoma^{9, 10} para poder mejorar los resultados anatómicos y funcionales de sus técnicas quirúrgicas.

Material y Método

Se han analizado las técnicas quirúrgicas y los resultados anatómicos y funcionales, de una serie de 337 casos de colesteatoma, intervenidos quirúrgicamente, en el periodo comprendido entre 1982 y 1987, con un seguimiento post-quirúrgico de dos a cinco años y un seguimiento medio de 3.8 años.

En la tabla 1 podemos apreciar que un 63.5% de los pacientes pertenecían al sexo masculino y un 36.5% al sexo femenino.

Edad	No. de casos	%
0 - 9	19	5,63
10 - 19	54	16,02
20 - 29	63	18,69
30 - 39	69	20,47
40 - 49	52	15,43
50 - 59	41	12,16
60 - 69	36	10,68
70 - 79	3	0,89

TABLA III
CIRUGIA DEL COLESTEATOMA
(1982 - 1987)
No. de casos: 337

Colesteatoma en niños menores de 10 años No. de casos: 19 (5,6%)		
Edad	No. de casos	%
3	1	5,26
4 - 7	8	42,10
8 - 10	10	52,63

En la distribución por edades (tabla II) se observa que 19 casos (5,6% del total) corresponden a niños menores de diez años y que un 11,5% (39 pacientes) pertenecen a personas mayores de 60 años.

El mayor porcentaje de casos operados (20,4%) corresponden a la década entre los 30 y 40 años (69 pacientes).

De los 19 casos de colesteatoma operados en niños menores de 10 años (tabla III) hay un caso de una niña de tres años (5,2%) con parálisis facial pre-operatoria, recuperada a los dos meses de la intervención, 8 casos (42%) que corresponden a niños en edades comprendidas entre 4 y 7 años y un 52,6% (10 casos) a niños con edades comprendidas entre 8 y 10 años.

La localización del colesteatoma fue en la mayor parte de los casos ático-adito-antral (79% de los casos) con extensión a la mastoides en un 52%. El mesotímpano estaba ocupado por colesteatoma en un 42% de casos.

De los 19 casos de colesteatoma infantil, un 47,3% (9 casos) presentaban un colesteatoma expansivo de gran tamaño, rasgando la mastoides y la caja timpánica. Ello confirma el hecho de que generalmente el colesteatoma en el niño es inva-

TABLA V
CIRUGIA DEL COLESTEATOMA
(1982-1987)
Recidiva y Residual

	No. de casos	Fracasos	%
Mastoidectomía Radical	19	2	10,5
Técnicas Reconstructivas	234	33	14,1
Técnicas Cerradas	84	26	30,9

TABLA IV
COLESTEATOMA RESIDUAL + RECURRENTE

	No. de casos	%
Niños	4/19	21,05
Adultos	57/318	17,92
TOTAL	61/337	18,10

sivo, penetrando rápidamente en los espacios de un sistema bien neummatizado como es la mastoides, influyendo asimismo el papel de la infección sobreañadida. En nuestros casos, hemos observado que el colesteatoma se presenta en forma papilar invasora, con una importante reacción granulomatosa perimatricial. Aparece esta forma invasiva, como si las reacciones del tejido conectivo infantil, estuvieran exacerbadas alrededor del cuerpo extraño constituye el colesteatoma.

Un 98% de los pacientes intervenidos, presentaban alteraciones de la cadena osicular de variada índole, que van desde disyunciones incudoestapediales a distancia total de la cadena osicular.

En 19 casos (5,6%) se realizó una mastoidectomía radical. En 234 casos (69%) una mastoidectomía o aticoantrotomía con timpanoplastia y reconstrucción del defecto óseo de la pared posterior y en un 25% de casos (84 oídos) una técnica cerrada (ICWT) con conservación de la pared posterior y reconstrucción timpanoosicular.

Los detalles de la técnica quirúrgica para la erradicación del proceso patológico y las variedades de reconstrucción usadas por nosotros, han sido expuestas en otras publicaciones.^{11, 12, 13}

Los materiales usados para la reconstrucción del defecto óseo atical o de la pared posterior han sido en un 58% de casos homoinjerto de fibrocartilago, en un 20% homoinjerto óseo, en un 12% material aloplástico (cerámica vítrea) y en un 12% gránulos de hidroxapatita con fosfato tricálcico.

Para la reconstrucción timpánica hemos usado sistemáticamente la fascia temporal. Nuestra experiencia con los homoinjertos homólogos¹⁴ a largo plazo, demostraron que los resultados con los injertos autólogos eran superiores, por lo que estos últimos años en sólo algunos casos muy seleccionados se han usados injertos homólogos. Asimismo los injertos heterólogos han sido totalmente abandonados pese a que otros autores¹⁵

TABLA VI
FRACASO EN RELACION AL MATERIAL DE RECONSTRUCCION

	No. de casos	Fracasos	%
Cartilago	151	20	13,3
Hueso	47	7	14,8
Cerámica Vitrea	28	5	17,8
Hidroxiapatita	9	1	11,0

defienden a ultranza los mismos, por la calidad de los neotimpanos conseguidos.

Las osiculoplastías (homoinjertos osiculares), han sido la técnica de preferencia en las reconstrucciones osiculares, especialmente cuando la supraestructura estapedial estaba conservada y había mango de martillo, reservándose las prótesis de material biocompatible aloplástico (cerámica) para los casos de platina móvil sin estructura estapedial.

Resultados

En la valoración de los resultados, consideramos como fracasos, los casos que incluyen de manera indistinta, tanto los colesteatomas residuales como los colesteatomas recurrentes.

En la tabla IV podemos apreciar que globalmente, incluyendo los tres tipos de técnicas quirúrgicas usadas, sobre el total de 337 oídos operados, en un 18% de casos ha habido recidiva colesteatomatosa (residual+recurrente), siendo mayor la proporción en el grupo de colesteatomas en el niño, que han presentado un 21% de fracasos.

Si el análisis estadístico se realiza en relación al tipo de técnica quirúrgica utilizada (tabla V) podemos observar que el mayor porcentaje de fracasos corresponde a las técnicas cerradas (ICWT) con un 31%. El gran número de recidivas con las técnicas cerradas y la revisión sistemática de estos oídos al año de la intervención para prevenir dichas recidivas son motivo de controversia permanente entre diferentes autores y estos últimos años han hecho modificar el planteamiento de la técnica más adecuada según la localización y extensión del proceso patológico.^{16, 17, 18}

Con las técnicas reconstructivas (mastoidectomía o aticoantrotomía con timpanoplastia y reconstrucción de la brecha ósea posterosuperior) de un total de 234 casos intervenidos, sólo en 33

TABLA VII
CIRUGIA DEL COLESTEATOMA
Resultados funcionales
No. de casos: 23
ICWT con supraestructura estapedial

	3 meses	1 año	3 años
Rinne (0 - 10 dB)	3 (13%)	2 (8,6%)	2 (8,6%) > 43,3%
Rinne (11 - 20 dB)	10 (43,4%)	8 (34,7%)	8 (34,7%)

casos (14.1%) se ha presentado colesteatoma residual o recurrente.

De los casos analizados, la técnica con menor proporción de recidivas (10.5%) ha sido la mastoidectomía radical, pero este resultado tiene un valor relativo, dado el poco número de casos 19 intervenidos con esta técnica.

Cuando el fracaso de la cirugía del colesteatoma es analizado con las técnicas reconstructivas en relación al tipo de material usado para reconstrucción de la pared posterosuperior del C.A.E., observamos en la tabla VI que los mejores resultados han sido obtenidos con el fibrocartilago y el homoinjerto óseo, siendo el material que a nosotros nos han dado mayores porcentajes de fracasos la cerámica de vidrio.

La experiencia en la hidroxiapatita es limitada en esta serie de casos de colesteatoma, se ha usado en nueve casos y sólo en uno se ha presentado fracaso quirúrgico que corresponde a un 11%. La hidroxiapatita integrada con fosfato tricálcico constituye un implante bioactivo que puede inducir a la formación ósea y abre buenas perspectivas tanto para el relleno de la cavidad mastoidea como para la reconstrucción de la pared posterior y la reconstrucción osicular.

Para la evaluación de los resultados funcionales del total de los 337 casos que son objeto de este estudio, han sido eliminados 177 por los siguientes motivos: los 61 casos con recidiva del proceso colesteatomatoso, 102 casos en los cuales no se realizó la reconstrucción osicular en el primer tiempo y 14 casos que no cumplían el mínimo de 3 años de seguimiento post-quirúrgico. Los restantes 160 casos han sido subdivididos dependiendo de a) el tipo de prótesis usada para la reconstrucción osicular, b) de la existencia ó ausencia de supraestructura estapedial y c) en relación a la técnica quirúrgica utilizada.

TABLA VIII
CIRUGIA DEL COLESTEATOMA
Resultados Funcionales

No. de casos: 17
ICWT con ausencia de la supraestructura estapedial

	3 meses	1 año	3 años
Rinne (0 - 10 dB)	2 (11,7%)	1 (5,8%)	1 (5,8%) > 29,3%
Rinne (11 - 20 dB)	6 (35,2%)	6 (35,2%)	4 (23,5%)

De este total de 160 casos, 40 corresponden a la técnica con conservación de la pared posterior (ICWT) y 120 a la técnicas reconstructivas (mastoidectomía o aticoantrotomía o con timpanoplastia y reconstrucción pared posterosuperior del C.A.E.).

En la tabla VII, se exponen los resultados funcionales obtenidos con la ICWT cuando había supraestructura estapedial y en la tabla VIII, los resultados auditivos con esta técnica cuando sólo quedaba platina del estribo.

En la tabla IX analizamos los resultados a los 3 años, de los casos de colesteatoma con reconstrucción oscilar y supraestructura estapedial en técnicas quirúrgicas reconstructivas y en la tabla X, los resultados auditivos con estas técnicas cuando el estribo estaba ausente.

En 112 casos (70%) el material usado para la reconstrucción oscilar ha sido homoinjerto óseo y en 48 casos (30%) material aloplástico (cerámicas).

En los casos, en los cuales la supraestructura estapedial estaba conservada, los mejores resultados funcionales se han obtenido con los homoinjertos oscilares. Cuando sólo existía una platina móvil, los resultados a largo plazo han sido algo superiores con los materiales aloplásticos.

Del total de 337 casos de colesteatoma analizados para este estudio, en 3 casos (0.9%) se

TABLA IX
CIRUGIA DEL COLESTEATOMA
Resultados funcionales

No. de casos: 69
Mastoidectomía o aticoantrotomía con timpanoplastia Estribo móvil

	3 meses	1 año	3 años
Rinne (0 - 10 dB)	18 (26%)	15 (21,7%)	12 (17,3%) >47,7%
Rinne (11 - 20 dB)	27 (39,1%)	21 (30,4%)	21 (30,4%)

presentó una pérdida total neurosensorial. De estos tres casos, en dos de ellos había fistula del canal semicircular horizontal y en el tercero el colesteatoma englobaba el estribo y la fosa oval.

Cuatro casos (1.1%) presentaban parálisis facial pre-operatoria. Todos ellos se recuperaron totalmente en periodos entre 1 y 3 meses, incluido el caso de una niña de 3 años.

Comentarios

Desde hace años la controversia en la cirugía del colesteatoma gira sobre el tipo de técnica quirúrgica más apropiada para erradicar el proceso patológico y conseguir buenos resultados estático-funcionales: técnicas cerradas o técnicas abiertas?

Los defensores de la conservación de la pared posterior (ICWT) opinan que con las cavidades abiertas es más frecuente la otorrea post-quirúrgica, se restringen las actividades especialmente las deportivas, requieren frecuentes consultas otológicas para su limpieza y se obtienen mejores resultados funcionales. Por contra, estos mismos autores aceptan que la incidencia de colesteatoma residual y recurrente el mayor (31% en los casos de nuestro estudio) y planifican sistemáticamente un segundo tiempo al año de la intervención, intentando disminuir el porcentaje de los problemas asociados a la enfermedad recurrente.

Nuestra experiencia, en estos 337 casos de colesteatoma, pone de manifiesto que la mastoidectomía o aticoantrotomía con timpanoplastia disminuye muchas de las objeciones puestas a la técnicas de cavidad abierta y obtiene mejores porcentajes de erradicación del colesteatoma, que las técnicas cerradas.

Conclusiones similares a nuestra experiencia obtienen otros autores.^{19, 20, 21, 22}

Tabla X
CIRUGIA DEL COLESTEATOMA
Resultados Funcionales

No. de casos: 51
Mastoidectomía o aticoantrotomía con timpanoplastia Platina móvil.

	3 meses	1 año	3 años
Rinne (0 - 10 dB)	12 (29.9%)	9 (17,6%)	9 (17,6%) >41,1%
Rinne (11 - 20 dB)	24 (41,1%)	21 (37 %)	12 (23,5%)

Esta misma controversia se extiende cuando se trata de la técnica quirúrgica más adecuada para la erradicación del colesteatoma en el niño. Los defensores de las técnicas cerradas^{23, 24, 25}, aparte de las razones ya expuestas anteriormente sobre las ventajas de dichas técnicas, se fundamenta en los mejores resultados funcionales. En opinión de los partidarios de la presencia o ausencia de la pared posterior del CAE no tiene influencia en los resultados auditivos. Es el tipo y extensión del colesteatoma y el estado de la cadena osicular, lo que determina el resultado funcional a corto plazo. A largo plazo el funcionalismo tubárico determina no sólo la persistencia de los resultados auditivos, sino también la posibilidad de reproducción del proceso patológico. Es aceptado que las variadas formas de enfermedad timpanomastoidea u otitis media crónica colesteatomatosa vienen determinadas por la secreción no resulta del oído medio. En esta secreción hay enzimas, capaces de destruir la cadena osicular, en especial la relativamente avascular apófisis lenticular del yunque y los elementos de la caja fibrosa timpánica. La lesión de los elementos fibrosos, no sólo tiende a perpetuar la efusión y reducir la elasticidad timpánica, lo que determina que la membrana no puede aspirar el aire hacia el oído medio durante la apertura de la trompa de Eustaquio al tragar, creando en el tímpano una zona de vitalidad disminuido, la cual se necrosa durante el proceso inflamado consiguiente y dando lugar a la perforación de la misma. Al perder el tímpano su elasticidad, la presión negativa inherente causará, ya sea un colapso total de la membrana, resultando una atelectasia o un colapso parcial, generalmente posterosuperior, donde la acción enzimática del fluido retenido en la zona de la cadena osicular y placas mucosas, evoluciona la bolsa de retracción y posterior recidiva del colesteatoma.

Los resultados funcionales varían según los autores^{29, 30, 31}, según el análisis estadístico empleado, el tiempo de evolución como la técnica quirúrgica y el material usado para la reconstrucción osicular. En nuestra opinión para una correcta evaluación de estos resultados se precisa, sea cual fuere la técnica y los materiales empleados en un período de tiempo de tres a cinco años. El apoyo informativo es fundamental para poder realizar un estudio estadístico a largo plazo. Los resultados a corto y largo plazo difieren sustancialmente. Ello es debido en parte a que, aún cuando las pruebas timpanométricas y somato-

métricas pre-operatorias hayan sido correctas, posteriormente la función tubárica puede alterarse, desencadenando los mecanismos que determinarán el fracaso anatomofuncional a largo plazo. Las técnicas de recubrimiento de la pared interna de la trompa³² después de las tuboplastias y tubotomías realizadas en el acto quirúrgico pueden contribuir a disminuir el número de recidivas del colesteatoma. Es discutible si los mejores resultados funcionales con las técnicas cerradas, son atribuibles a la propia técnica quirúrgica o bien se trata de casos con colesteatomas localizados y poco extendidos, con mejor audición pre-operatoria, lo que ha permitido realizar la técnica cerrada.

Creemos que la técnica quirúrgica viene determinada por el tipo de colesteatoma, su extensión valorable por los estudios radiológicos previos a su intervención y por la experiencia del cirujano, teniendo siempre presente que el objetivo fundamental del acto quirúrgico es la erradicación de la enfermedad. Mientras nuestros estudios sobre la fisiopatología tubárica y la etiopatogenia del colesteatoma no adquieran un mejor desarrollo y más preciso conocimiento, difícilmente podemos aplicar los medios técnicos para la preservación o restauración de la pared posterior del CAE, la reconstrucción de la membrana timpánica, la reconstrucción de la cadena osicular para la restauración de la función auditiva que conjuntamente con la eliminación permanente de la enfermedad timpanomastoidea, constituyen los cuatro objetivos fundamentales de la timpanoplastia.

Referencias Bibliográficas

1. *Browning G G.*: The unsafeness of safe ears J. Laryngol Otol 1984, 98, 23.
2. *Cody D.T.; Mc Donald T.J.*: Mastoidectomy for acquired cholesteatoma: Follow-up to 20 years.
3. *Nadol J.B. Jr.*: Causes of failure of mastoidectomy for chronic otitis media Laryngoscope 1985, 95, 410.
4. *Jansen C.W.*: Über Radikaloperation und Tympanoplastik Sitz Ber Fortbild Arzte, 1958, 18, 2.
5. *Brown J.S.*: A ten years statistical follow-up of 1.142 consecutive case of cholesteatoma: The closed v.s. the open technique Laryngoscope 1982, 92, 390.
6. *Smyth G.D.*: Cholesteatoma surgery: The influence of the canal wall Laryngoscope 1985, 95, 92.

7. Weinberg J.; Sadé J.: Posterior wall atrophy In Sade J. (ed) Cholesteatoma and Mastoid Surgery, 449-454, Amsterdam Kugler Publ. 1982.
8. Palva T.: Surgical treatment of chronic middle ear disease: Revisions after tympano-mastoid surgery Acta otolaryngol (Stockh) 1988, 105, 82.
9. Abramson M.; Moriyama H.; Huang C.C.: Hystology, pathogenesis and treatment of cholesteatoma Ann. Otol. Luptt 1984, 112, 125.
10. Proops D.W.; Parkinson E.K.: Tissue culture of human cholesteatoma sous keratinocytes Clin, Otolaryngol 1983, 8, 165.
11. Bosch J.: Conservación de la pared ósea del conducto y abordaje del receso timpánico posterior en la cirugía de las supuraciones crónicas del oído medio. Acta ORL Española 1969 20, 2.
12. Bosch J. y Cordeiro J.C.: Causas de fracaso na cirurgia dos processos supurados do ouvido medio. Revista brasileira de ORL. 1980, 46, 193.
13. Bosch J.; Zorita C.; Villar J.: Nuestra sistemática en la cirugía reconstructiva del oído medio Acta ORL Española 1981, 32, 850.
14. Prades J. y Bosch J.: Los materiales autólogos y homólogos en la reconstrucción timpanoosicular Acta ORL Española 1976, 27, 1.
15. Zini C.; Sanna M.; Bacciu S.; et al.: Molded tympanic hetrograft. An eighth year experience Am. J. Otol. 1985, 6, 253.
16. Hough J.: The canal wall up or down debate: the case for the canal wall down J. Laryngol, Otol. Supp. 1983, 8, 92.
17. Portmann M.: The chooice of techniques for the surgery of chronic otitis media with cholesteatoma J. Laryngol. Otol. 1985, 99, 533.
18. Vartilainen E.; Karja J.; Karjalainen J.; Harman R.: Cholesteatoma surgery J. Otolaryngol 1985, 14, 369.
19. Sterkers J. M.; et. Herkers O.: Cholestéatomies reconstructivé: Techniques et resultats, 12 ans apres Ann. Oto-laryng (Paris) 1980, 97, 29.
20. Brown J. S.: At ten years statical follow-up off 1142 consecutive cases of cholesteatoma: the closed V.S. the open technique Laryngoscope 1982, 92, 390.
21. Tran Ba Huy P., Chaar I., et al.: Bilan anatomique et fonctionnel a 3 et 5 ani de 94 cas d' otite moyenne chronique cholesteatomateuse Ann. Oto-laryn (Paris) 1988, 105, 83.
22. Toner J. C. and Smyth G. D. L.: Surgical treatment of cholesteatoma: A comparision of three techniques Am. J. of Otology 1990, 11, 247.
23. Charachon R.; Eyraud J.; Guenoun A: Le traitement chirurgical du cholesteatome de L'enfant Rev. de Laryngologic 1984, 105, 465.
24. Sheehy J. L.: Cholesteatoma surgery in children Am. J. Otol. 1985, 6, 170.
25. Sanna M.; Zinic et al: The surgical management of childhood cholesteatoma J. Laryngol. Otol. 1987, 101, 1221.
26. Palva A.; Karma P. and Kärja J. colesteatoma in children Arch. Otolaryngol. 1977, 103, 74.
27. Abramson M.: Open or closed timpanomastoidectomy for cholesteatoma in children Am. J. Otol. 1985, 6, 167.
28. Schmid M.; Dort J. C. and Fisch U.: Long-term result of treatment for childre's cholesteatoma Am. J. Otol. 1991, 12, 83.
29. Whers R. E.: Hearing result in tympanoplasty Laryngoscope 1985, 95, 1301.
30. Austin D. F. Reporting results in tympanoplasty Am. J. Otol. 1985, 6, 85.
31. Silverstein M.; Mc Daniel A B.; Lichtenstein R.: A comparison of porp, torp and incus homograft for ossicular recostruccion in chronic ear surgery Laryngoscope 1986, 96, 159.
32. Zini C., Bacciu J. et al: Les recidives de cholesteatome apres tympanoplastie en technique fermée: Pathogenie et prevention Rev. de Laryngologie 1991, 112, 11.

V • E • R • A • C • R • U • Z

**XLIII CONGRESO NACIONAL
SOCIEDAD MEXICANA
DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO**

DEL 1º AL 5 DE MAYO DE 1993

!!! NO FALTES !!!

!!! INSCRIBETE DESDE AHORA !!!

Melanoma maligno de las mucosas

Dr. Marcos A. Rodríguez Perales *

Dr. Mario A. Gómez Mendoza **

Dr. Juan F. Sánchez Marle ***

Resumen.- Los melanomas se caracterizan por su agresividad y su conducta poco predecible, comúnmente tienen un mal pronóstico. El 20% de todos los melanomas malignos del cuerpo ocurren en la cabeza y el cuello, los melanomas extracutáneos son poco frecuentes. El 6.3% se presentan en las membranas mucosas, afectando principalmente la cavidad oral, cavidad nasal y senos paranasales en ese orden de frecuencia. Es más frecuente en hombres de raza blanca, entre la sexta y séptima década de la vida.

Este artículo hace una extensa revisión de la literatura y presenta dos casos de melanoma de mucosas: uno en la cavidad oral y otro en la cavidad nasal.

Summary.- Melanomas have been known for their aggressive and non predictable characteristics that made up their bad prognosis.

20% of all malignant melanoma occurring head and neck. Only 6.3% of melanoma are of mucous origin most of them from mouth, nose and paranasal sinus in this order of frequency.

This pathology is most frequent in males during the sixth and seventh decades of life.

A complete revision of literature as well as two cases of melanomas of mucous origin are presented one of oral cavity and one of nasal cavity.

Palabras clave: Melanomas, tumores, cabeza y cuello.

Introducción

Los melanomas extracutáneos son poco frecuentes. El 20% de todos los melanomas malignos del cuerpo ocurren en la cabeza y el cuello, con 6.3% presentándose en las membranas mucosas¹, afecta principalmente la cavidad oral, cavidad nasal y senos paranasales en ese orden de frecuencia.² Es más frecuente en hombres de raza blanca, entre la sexta y séptima década de la vida.

Los que afectan las mucosas de la cavidad bucal primariamente representan el 0.4% al 1.4% de todos los melanomas.^{7,8} Del 25 al 50% de los melanomas mucosos ocurren en la cavidad oral^{6,9}, predominando en el paladar duro, seguido en frecuencia por el borde alveolar, la mucosa bucal y mandibular, labios, lengua y el piso de la boca, en ese orden.^{5,6,10} Estos tumores son lesiones blandas, indoloras, no ulceradas, aunque en ocasiones presentan induración mínima y pueden ser hemorrágicos.¹⁰ El tratamiento es la excisión quirúrgica amplia de la lesión primaria.^{4,9} La disección radical está indicada en

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

**Jefe de la Sala de O.R.L. Hospital Central Militar.

***Jefe del Servicio de O.R.L. Hospital Central Mil. México.D.F.

pacientes con hallazgos clínicos de metástasis, aunque la afección a ganglios regionales es menos frecuente en el melanoma de mucosas que en el cutáneo.³ La radioterapia post-operatoria puede mejorar la calidad de vida, pudiendo utilizarse como tratamiento paliativo para las recurrencias.⁴

La nariz y los senos paranasales son sitios poco frecuentes de melanoma,⁶ ocupando el 1% de todos los melanomas¹¹, su comportamiento biológico es impredecible.¹² La mayoría de los casos ocurren en el septum, cornete inferior y medio, en ese orden de frecuencia.¹² Las manifestaciones clínicas del melanoma nasal son los mismos que las de otros tumores nasales: obstrucción nasal y epistaxis.^{11, 12, 13, 14} La terapia quirúrgica amplía por sí misma o en combinación con radioterapia ofrece mejor pronóstico.^{4, 9, 13}

La inmunoterapia no ha sido útil en el manejo del melanoma de las membranas mucosas.¹⁴

La falla más frecuente del tratamiento es la recurrencia local, la cual es del orden del 40% en la cavidad nasal, 32% en el laringe y 25% en la cavidad oral. Las tasas de supervivencia son extremadamente bajas con sólo 5-15% de los pacientes sobreviviendo a 5 años.^{9, 14} La alta incidencia de recurrencia local a pesar de la aparentemente adecuada cirugía inicial sugiere la necesidad de una excisión más radical en casos tempranos y localizados.

Presentación de los casos

Caso 1

Paciente femenina en la sexta década de la vida, originaria y residente del D. F. dedicada al hogar, con una hermana finada desconociendo el motivo, tabaquismo y etilismo negativo, alérgica a las Sulfas, Gesta: 5 Ella inicia su P.A. 6 meses

antes con epistaxis siendo ésta más frecuente cuando estornudaba, con crecimiento en el dorso nasal izquierdo y obstrucción de la fosa nasal del mismo lado. En la consulta externa se detecta una tumoración que obstruye la fosa nasal izquierda, palpándose también por el dorso nasal, se toma biopsia: reporta Melanoma Nasal. Es encamada en el Servicio de O.R.L. en Noviembre de 1988. Se interviene quirúrgicamente de resección de Melanoma Nasal por vía sublabial, encontrando en el transoperatorio una masa en el borde del cartílago lateral superior izquierdo, oscura, su transoperatorio reporta bordes libres. Es dada de alta 16 días después.

Un año después se realiza nueva biopsia de mucosa nasal debido a que desde 15 días antes presentaba epistaxis, ésta (Q-1126-89) reporta nuevamente Melanoma. Luego de 3 semanas se realiza hemimaxilectomía. Su transoperatorio reporta borde positivo por lo que se realiza Etmoidectomía, el servicio de Patología reporta la biopsia positiva para células malignas (Q-1531-89), mucosa respiratoria con tumor y seno maxilar con inflamación neoplásica, se coloca obturador de paladar de Lynam, con ganchos para cerrar el defecto.

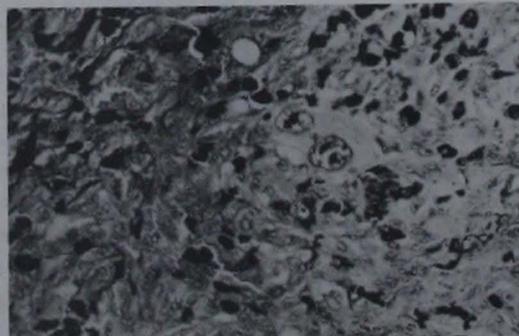
Debido a su estudio patológico de bordes positivos, 6 semanas después se somete a resección craneofacial, encontrando el seno etmoidal posterior izquierdo microscópicamente positivo para melanoma. Los bordes fueron negativos para melanoma.

A los cuatro meses de su seguimiento se detecta crecimiento de ala nasal, realizándose nueva biopsia que Histológicamente es (Q-4174-89) Melanoma recidivante por lo que en septiembre de 1989 se inicia Interferón 5 megaU cada 3er día. Un mes después es sometida a radiación Ionizante por hiperfraccionamiento a dosis de 35 Gy en 15 semanas, siendo dada de alta 22 días después. Durante su seguimiento se observa una disminución de la masa tumoral e iniciando ese día Levamisol, descartándose metástasis cerebrales y pulmonares.

Se le propone cirugía de rescate mediante tumorectomía la cual acepta, completándose maxilectomía el día 14 de septiembre de 1990, su reporte de patología es positivo para tumor en el borde óseo inferior de palatino, ella se encuentra en regulares-buenas condiciones con cambios

Figura No. 1
(200 X) TINCION DE
PLATA PARA
MELANINA:

Existe un pleomorfismo celular marcado, con pérdida de la polaridad celular y núcleo prominente, desproporción núcleo-citoplasma, así como abundante pigmento que corresponde a la melanina.



tróficos muy severos en la piel a nivel del tercio medio facial.

Caso 2

Paciente masculino en la tercera década de la vida, originario y residente de Oaxaca, Oax., sin antecedentes heredofamiliares de interés; tabaquismo y etilismo negativos.

Acude a nuestro hospital por un padecimiento de 3 meses de evolución con aparición de zona hiperpigmentada en encía inferior derecha, ulcerada y sangrante, refiriendo así mismo dolor en mandíbula derecha. A la exploración se observó área hiperpigmentada en encía inferior derecha, del primer al tercer molar con extensión a mucosa de carrillo bucal, además se palpa ganglio submandibular derecho de 3 cm de diámetro.

Se toman biopsias el 1/XI/90 que reportan melanoma de encía (Q-5509-90). Sus estudios preoperatorios y de rastreo son normales.

Un mes más tarde se le realiza hemimandibulectomía derecha y disección radical de cuello clásica ipsilateral, reconstruyéndose la mandíbula con injerto de calvario y miniplacas. Patología: reporta ganglio linfático con hiperplasia histiocitoides, melanoma de encía que infiltra hueso mandibular, bordes quirúrgicos libres. El 24 de noviembre se decanula y sella traqueostoma. El 8 de diciembre se efectúa biopsia excisional de área neopigmentada de encía de incisivo central inferior derecho a primer premolar inferior del mismo lado así como extracción del premolar mencionado por tener movilidad se reporta: melanoma de mucosa con bordes libres. Seis días después se drena pequeño absceso en región supraclavicular derecha. El paciente desarrolla fístula de cavidad oral al sitio de incisión de la disección radical de cuello. A las tres semanas se realiza fistuloplastia. Actualmente el paciente se encuentra en buen estado general y sin evidencia de actividad tumoral.

Discusión

El melanoma maligno es una enfermedad de pronóstico pesimista que casi siempre conduce a la muerte, pareciendo incurable cuando proviene de la cavidad nasal, oral, o senos paranasales, por fortuna es poco frecuente, por lo que los ejemplos de la literatura son casos aislados, siendo ésta

la mejor fuente para el entendimiento de este tipo de tumores.

Su comportamiento es impredecible, siendo muy variable los datos de sobrevida. Las publicaciones más frecuentes son las que se refieren a casos con comportamientos más agresivos con invasión local temprana y mala respuesta al tratamiento quirúrgico, de quimioterapia o radioterapia, siendo la recurrencia local, la causa más frecuente de falla del tratamiento.

Se han hecho estudios epidemiológicos en negros africanos, encontrando frecuentemente zonas de pigmentación en los sitios que corresponden exactamente a los lugares de origen más común de los melanomas intranasales. Los síntomas más frecuentes de estos tumores son obstrucción nasal y epistaxis en el 80 % de los casos, sin embargo no son síntomas tempranos.

En nuestros casos en particular el tratamiento de elección fue la cirugía, probablemente ésta no fue lo suficientemente agresiva que consideramos debió haber sido. En ambos casos no hay metástasis ganglionar o a distancia.

La respuesta inmunobiológica de la paciente probablemente sea la responsable de que en el momento actual la primera paciente presentada curse hasta ahora sin metástasis cervicales o a distancia.

El manejo quirúrgico agresivo y el seguimiento clínico cuidadoso y estrecho son importantes factores que pueden mejorar el pronóstico de vida de los pacientes con melanoma de mucosas.

La inmunoterapia no ha mostrado efectividad en este tipo de pacientes.

La quimioterapia y la radioterapia es considerada dentro de arsenal de tratamiento paliativo. El pronóstico siguiente siendo malo en cualquiera de los casos.

Referencias Bibliográficas

1. González A. G. Nuñez G.L.; Arrieta J.R. y Pardo A.: Melanoma maligno de la cavidad nasal. Rev. Med. Hosp. Gen. Mex. 1981, 44, 396.
2. Sjan J.P.; Huvoos A.G.; Strong E.W.: Mucosal melanomas of the head and Neck. Am j Surg 1977; 134:531.
3. Ohaya T.; K.; Chen Ch. y Cols.: Primary malignant melanomas of oral mucosa. J Oral Maxillofac Surg 1987; 16:496.

4. *Bizon M.G. Newman R.K.*: Metastatic melanoma to ethmoid sinus. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1986; 112:664.
5. *Catlin D.*: Mucosal melanomas of the head and neck. Am J Roent Rad Ther Nuc Med. 1967; 97:4:809.
6. *Shocket E., Demerow V.D.*: Splenic metastases from a melanoma of the nasal mucosa. Am J Surg 1963; 106:949.
7. *Lewis M.G.; Martin J.A.*: Malignant melanoma of the nasal cavity in Ugandan Africans. Cancer 1967; 20:1699.
8. *Berthelsen A.; Andersen A.P.; Skovjensen T. y Sand H.*: Melanomas of the mucosae in the oral cavity and the upper respiratory passages. Cancer 1984; 54:907.
9. *Grinspan D.; Abulafia J.; Días J. y Berdichesky B.*: Melanoma of the oral mucosa. Oper Oral Surg 1969; 28:1.
10. *Trodhal J & Sprague W.*: Benign and malignant melanocytic lesions of oral mucosa. Cancer 1970; 25:812.
11. *Conley J.; Pack G.T.*: Melanoma of the mucous membranes of the head and neck. Arch Otolaryngol 1974; 99:315.
12. *Freedman H.M.; De Santo L.W.; Devine K.D.; Weiland K.D.*: Malignant melanoma of the cavity and paranasal sinuses. Arch Otolaryngol. 1973; 97:322.
13. *Mesara B.W.; Burton W.D.*: Primary malignant melanoma of the upper respiratory tract. Cancer 1968; 21:217.
14. *Pliskin M.E.; Mastrangelo M.J.; Bellet R. Y.; Berkelhammer J.*: BCG immunotherapy of mucous membrane malignant melanoma. Oral Surg 1976; 42:73.

Glioma nasal Reporte de 2 casos y revisión de la literatura

*Dra. Luz Arcelia Campos Navarro**

*Dr. Mario Antonio Barrón Soto**

*Dr. Jesús Montiel Porchas***

*Dr. Rafael Muñoz Garrido****

Resumen.- En el presente artículo se presentan dos casos de Glioma Nasal tratados en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico La Raza.

El primero es un niño de 1 año de edad, el cual se clasificó como Glioma Nasal Externo y el segundo, en un niño de 10 años siendo un Glioma Nasal Interno, ambos sin implicación intracraneana y manejados quirúrgicamente con resección local sin presentar recidiva hasta la actualidad. Además se presenta una revisión de la literatura.

Summary.- Two cases of nasal glioma treated by the Otolaryngology Department of the Hospital Centro Médico La Raza are presented. The first a one year old child was classified as an External Nasal Glioma the other a ten year old child with an Internal Nasal Glioma, both without intracranial extension, both were treated with surgical resection without recidivisms. A revision of bibliography is presented.

**Médico adscrito al servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico La Raza I.M.S.S.*

***Médico Residente de tercer año de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico La Raza I.M.S.S.*

****Residente de segundo año de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico La Raza I.M.S.S.*

Palabras clave: Glioma, glioma nasal, tumores cabeza y cuello, nariz.

Introducción

El Glioma Nasal es un tumor congénito, raro, de la línea media, compuesto por un tejido neuroglial heterotrópico que a pesar de tener una etiología incierta, la más apoyada determina que es el resultado de errores en el desarrollo embriológico y sin asociarse a otras anomalías; usualmente se presenta en la nariz, en niños e infantes, pero puede presentarse más tarde.^{1,7}

Fue descrito por primera vez por Reid en 1852 y el término de Glioma Nasal se debe a Schmidt en 1900.^{1,3} En la literatura se le ha llamado de diversas maneras, entre ellas ganglioma, fibroganglioma, ganglio neuroschwanospongioblastoma y encefalochoristoma nasofrontal.²

Se han hecho revisiones en la literatura sobre Gliomas desde Black y Smith (1950), Walker y Resler (1963), Karma y colaboradores (1963) entre otros, no rebasando hasta la actualidad los 250 casos aproximadamente.^{2,3}

Se han reportado casos de tejido glial heterotrópico extracraneal en la mejilla, cuero cabellu-

do, nasofaringe, paladar blando⁸, órbita⁹, lengua¹⁰, seno maxilar y seno frontal.²

La etiología del Glioma Nasal es desconocida, sin embargo existen algunas teorías que explican dicho fenómeno, tales como:

1.-La separación embriológica del neuroglia embrionario.

2.-Diferenciación de células ectodérmicas ectópicas durante la embriogénesis temprana.

3.-En encefalocele que tiene una conexión central durante su vida fetal y cuya continuidad meníngea hacia el cerebro se cierra durante el desarrollo embriogénico.^{2,8}

Entre otras teorías presentadas existen la migración glial fetal, el origen teratomatoso, origen olfatorio y anomalías primarias del crecimiento y separación del tubo neural del ectodermo subyacente.^{2, 8, 11}

Macomber y Wang clasificaron a los tumores nasales congénitos en tres grupos:

a) neurogénicos, b) ectodérmicos y c) mesodérmicos. Todos del mismo origen del desarrollo, sólo que varía la calidad del secuestro embriológico.

Estos tumores son más comúnmente vistos en neonatos y niños, raramente en adultos^{7, 11, 12}, verificándose inmediatamente después del nacimiento, siendo raro que aparezcan más tarde, perturbando la teoría lógica del origen embrionario similar al del encefalocele. Se encuentra en ambos sexos con ligero predominio del masculino.^{1, 2, 11, 12}

En el 60% de los casos son extranasales, 30% intranasales y el 10% restantes mixtos. El 20% tienen conexión fibrosa con el espacio intracraneal.^{1-4, 12, 13}

Las recurrencias están presentadas sobre todo cuando existe una resección incompleta de la lesión, generalmente en el lapso de dos y medio años después de la primera operación.^{2, 3, 12}

Puede presentarse exclusivamente como una masa nasal con la piel que lo cubre de características normales o tener telangiectasias y el puente nasal estar ensanchado especialmente en los extranasales.^{1, 3} Son tumores sólidos, no compresibles, café grisáceos o púrpura, no pulsátiles, sin cambios a las maniobras de Valsalva o prueba de

Furtenberg (aumento de volumen a la presión de la vena yugular ipsilateral).¹⁻⁶

Los tumores extranasales pueden localizarse a cualquier lado del puente nasal como masas subcutáneas aparentemente fijas al hueso.¹⁻³ Los intranasales frecuentemente llenan la cavidad de la fosa nasal causando obstrucción y alteraciones en la técnica de la alimentación y respiración de los niños, pueden presentarse epistaxis, salida del líquido cefalorraquídeo, desviación septal, etc., éstas sobre todo pueden estar interconectadas con la dura y causar fístulas al retirarse por lo que debe valorarse prequirúrgicamente.^{1-3, 12, 13}

Histológicamente los gliomas están compuestos de nidos de tejido neural maduro envuelto en un estroma fibrovascular rodeado por una pseudocápsula, sin evidencia de mitosis, con frecuentes cambios reactivos (proliferación de astrocitos y gemitocitos).^{1, 3, 7, 14}

Si existe implicación dural, ésta se compone de elementos fibrosos y gliales.² Estudios de inmunohistoquímica con inmunoperoxidasa (PAP y ABC) revelaron la presencia de proteína S-100 y proteína ácido-fibrilar glial (GFAP) indicándose la naturaleza glial del tumor^{7, 14}, así mismo con el método de Sternberger (GFP.AP) e inmunoperoxidasa demostraron la presencia de gránulos de hemosiderina tanto en epitelio y células gliales como en los astrocitos, ayudándonos a establecer la diferencia de astrocitos gliales y su modulación en complejos tumorales tales como gliomas nasales.^{7, 15, 17}

Los diagnósticos diferenciales incluyen a todos los tumores congénitos siendo los más importantes los meningoceles y encefaloceles que tienen implicación meníngea y conexión con el espacio intracraneal y LCR.^{1-3, 7, 8, 10, 12, 18}

Los tumores congénitos se pueden agrupar en a) tumores de origen ectodérmico (quistes dermoides y epidermoides, b) de origen mesodérmico (anginas y lipomas), c) tumores neurales (gliomas, encefaloceles y neurofibromas) y d) teratomas.^{3, 18}

Los estudios radiográficos de apoyo importantes son la tomografía computarizada y la imagen de resonancia magnética (IRM), ésta última de gran ayuda con el uso de gadolinio,¹⁹ sobre todo cuando se sospecha de participación intracraneal.^{1, 2, 12, 20, 21}

Foto 1
En la vista lateral se observa aumento de tamaño de la punta nasal.



Foto 2
En la vista de base se ve la deformidad de la nariz.



Los estudios pueden ayudarnos a demostrar pequeños defectos óseos de la base del cráneo o conexiones de tejidos blandos a través de la lámina cribosa.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica de la porción nasal y de existir intracraneal, solicitar la participación del neurocirujano para una resección completa y adecuada.^{1-3, 18}

La operación debe hacerse desde que se detecta el tumor, para evitar defectos mutilantes del tumor y alteraciones del desarrollo de los huesos faciales.^{1-6, 8, 13, 21}

Las complicaciones mencionadas son las implicadas a participación intracraneal, tales como meningitis, y fístula de LCR principalmente.^{2, 3} Cualquier biopsia pre-operatoria no debe ser conectada en absoluto.^{1, 2, 4, 5, 11, 13, 21, 23}

Caso 1

Paciente masculino de un año de edad valorado en el servicio de Otorrinolaringología del H. G. C. M. R. en septiembre de 1989 con padecimiento iniciado desde el nacimiento con la presencia de aumento de volumen en la punta y dorso nasal de crecimiento lento. A la EF se encuentra aumento de volumen descrito de consistencia firme, no doloroso y con piel de carac-



Foto 3
A través de la rinotomía lateral se aprecia la lesión.

Foto 4.
Aspecto macroscópico de la neoformación.

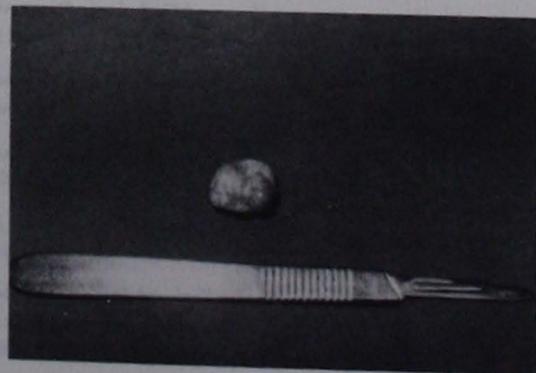
terísticas normales, de un cm de diámetro aproximadamente ocupando la mitad superior de la fosa nasal derecha, sin otra sintomatología acompañante. Discreto crecimiento de la neoformación llegando a obstruir totalmente la fosa nasal derecha sin presentar cambios en la piel.

Con diagnóstico presuntivo de condroma nasal se realiza resección quirúrgica por vía externa, encontrando como hallazgo quirúrgico una deformidad de dorso y punta nasal a expensas de tumoración de consistencia firme, blanquecino, no sangrante que surge por debajo de los cartílagos laterales superiores e inferiores, de 1.5 cms de diámetro, se soporta con diagnóstico de glioma nasal.

Hasta el momento actual no se encuentran datos de recidiva tumoral.

Caso 2

Paciente masculino de 10 años de edad con padecimiento de 3 meses de evolución caracterizado por obstrucción nasal izquierda así como presencia de masa en misma fosa nasal con sensación pulsátil y dolorosa a la palpación. A la EF se encontró dorso nasal desviado ligeramente a la derecha. Fosa nasal izquierda con neoformación de aspecto polipoideo, rosada en el techo



nasal obstruyendo parcialmente la fosa nasal izquierda y septum desviado a la izquierda en área IV.

La TC de nariz y senos paranasales muestran opacidad homogénea que abarca sólo la parte anterior de la fosa nasal izquierda. Resección de pólipo nasal sin complicaciones, reportándose como hallazgo una neoformación de aspecto polipoide procedente del ático desde área II hasta área V de fosa nasal izquierda, con diagnóstico histopatológico de glioma nasal.

Discusión

El glioma nasal es un tumor congénito, raro, benigno, más frecuente en el sexo masculino presentándose mayormente en neonatos e infantes y rara vez más tarde, pudiendo ser internos y externos como en nuestros casos reportados y también con o sin implicación intracraneal. Comúnmente cursan asintomáticos, sin embargo, pueden producir obstrucción nasal y dificultad para la alimentación de los niños, en ocasiones, epistaxis y rinorrea.

Es de gran ayuda el uso de la tomografía computarizada y la imagen de resonancia magnética para dar implicaciones de las áreas periféricas a él y hacer diagnóstico diferencial principalmente con meningocele y encefalocele, estando proscrita la biopsia por el riesgo de fistula de LCR. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica de la lesión en forma total y en caso de extensión intracraneal debe ser resecada por el neurocirujano. Las recidivas son raras por lo general después de dos años y medio de la cirugía, principalmente por resección incompleta del tumor.

Referencias Bibliográficas.

1. Juhlin N. R.; Derkay C.S: Resident's Page. Clinical and Pathologic Diagnosis. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg. 1989;115:1384-6.
2. Karma P.; Räsänen O. and Käyjä J.: Nasal Gliomas. A review and report of two cases. 1169-1179.
3. Katsuji K and Cols.: Nasal Gliomas Plastic Reconstructive Surgery 1973;52 47-51.
4. Morgan D. W., Evans J. N.: Developmental nasal anomalies Laryngol Otol 1990 104:394-403
5. Kennard C.D.; Rasmussen J.E.: Congenital Midline nasal masses: diagnosis and management. J.Dermatol-Surg-Oncol;1990;16:1025-36.

6. Schomoeckel C; Remberg K: The so-called nasal glioma-Hautarszt. 1985;360-1.
7. Azumi N; Matsuno T; Tateyama M; Inoue K: So-called nasal glioma. Acta-Pathol. Jpn 1984;34:215-20.
8. Smith Y.R.; Valdes M.E: Ectopic glial tissue in the forehead. A case report Scand J. Plast. Reconstr Surg. 1989;23:77-79.
9. Okulski E. G.; Biemer J. J; Alonso W. A: Neterotropic pharyngeal brain Arch Otolaryngol 1981;107:385
10. Ofodile F. A. and cols.: Fletetropic brain in the tongue. Plast Reconstr Surg. 1982;69:120.
11. Cairncross J.G.; Lapierre N.J.: Low-grade glioma to treat or not to treat? Arch Neurol 1989;46:1238-39.
12. Pelletiere E: Nasal Glioma Presenting as neonatal respiratory distress.- Definition of the mass by MRI.- Clin pediater (Phila) 1990-29:49-52.
13. Swift A.C.; Singh S.D.: The presentation y management of the nasal glioma Int. J. Pediatr-Otorhinolaryngol, 1985;10:253-61.
14. Kimballom L.G.; Angervall L.; Haglid K: An Immunohistochemical analysis of S-100 protein and glial fibrillary acidic protein in nasal glioma. Acta-Pathol.Microbiol-Immun-Scand. 1984;92:397-9.
15. Bozoky B; Stiller D.; Ormos J: Immunohistochemical demonstration of glial fibrillary acidic protein (GFAP) in nasal gliomas Acta-Histochem. 1987;81:117-23.
16. Gebbert W. and Cols: Nasal Glioma Int-J-Dermatol 1982;21:212-15.
17. Whitaker S.R.; Sprinkle P.M.; Chou S.M.: Nasal Glioma Arch. Otolaryngol 1981-107:550-4.
18. Grundfast. K.M.; Mihail R; Massound M.: Intraoperative detection of cerebrospinal fluid Leak in surgical removal of congenital nasal masses.- Laryngoscope 1986;96:211.
19. Stack J.P. and Cols: Gadolinium-DTPA as a contrast agent in magnetic resonance imaging of the brain Neuroradiology 1988;30 145-54.
20. Lush R.P.; Dunn V.D: Magnetic Resonance imaging in encephaloceles. Ann-Otol-Rhinol-Laryngol 1986;95:432-3.
21. Bagger-Sjoberg D. and Cols: Nasal meningo encephalocele. A clinical problem Clin Otolaryngol 1983:329-35.
22. Neffner D.K: Problems in pediatrics otorhinolaryngic pathology. III teratoid and neural tumors of the nose, sinonasal tract and naso pharynx. Int-J-Pediatr-Otorhinolaryngol 1983:1-21.
23. Ermens F.; Gerard M.; Vincent Y.: Diferential Diagnosis of intranasal masses in children, A propos of a case of meningo encephalocele with glioma. Acta-Otorhinolaryngol-Belg. 1983;36:432-41.

Determinación del umbral para el habla

Ing. Santiago J. Pérez R.*

Fis. Rosalba Castañeda G*

Resumen.- Se describen los procedimientos, métodos y resultados en la determinación del umbral auditivo para el habla en español. Se detallan los fundamentos teóricos de la prueba, la cual nos permite contar con un procedimiento de valoración clínica similar al SRT (Speech Reception Threshold); así mismo se llega a la conclusión de que el material adecuado para esta prueba son las bisilábicas de 5, 6 y 7 fonemas; este material constituye nuestro equivalente a las 36 palabras espondeicas del inglés.

Para fundamentarlo, se realizó un análisis de correlación entre los valores del umbral medido y 3 valores de la audiometría tonal (500, 1K y 2K Hz); estos resultados concuerdan muy bien con los publicados por Carhart, para las espondeicas en inglés.

Summary.- This paper describes the procedures, methods and results used to determine the hearing threshold for Spanish language. The theoretical bases of the test allow to have a similar clinical procedure to SRT. It is concluded that bisyllabics of 5, 6, and 7 phonemes are the best and they are the equivalent to the 36 spondaic English words.

To support this, a correlation analysis was done between the threshold values measure and 3 values of the tonal audiometry (500, 1K and 2K Hz). These results agree with the results published by Carhart for the spondaic words.

Palabras clave: Pruebas audiométricas, umbral, fonemas, palabras bisilábicas.

Introducción

El presente artículo describe los procedimientos, métodos y resultados del proyecto de investigación: "Determinación del Umbral para el Habla". Los objetivos que se establecieron para este proyecto fueron los siguientes:

- 1.- Desarrollar una prueba audiométrica que, mediante la comparación con los umbrales de oídos normales, determine la pérdida auditiva para el habla.
- 2.- Encontrar la correlación entre el umbral para el habla y umbral para tonos puros. Esta correlación se ha reportado en la literatura anglosajona^{1,2} pero no existe ninguna publicación en el idioma español.
- 3.- Fundamentar, experimentalmente, la correcta utilización de las palabras bisilábicas y monosilábicas en las pruebas audiométricas que utilizan habla, en el idioma español.

* Sección de Acústica. Centro de Instrumentos

* Universidad Nacional Autónoma de México.

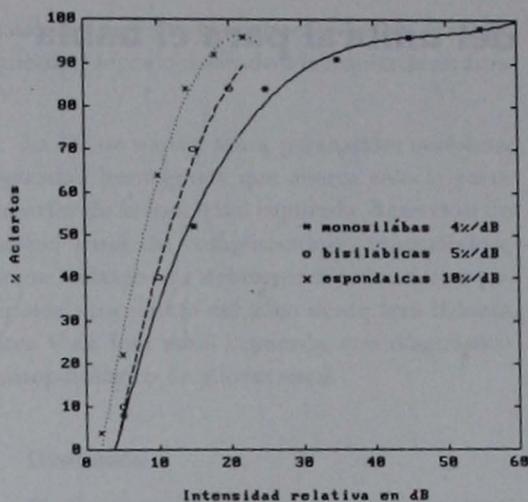


Figura 1
Comparación de distintos tipos de palabras, para el inglés. Según Hudgins.⁸

Antecedentes

En nuestro país, son pocos los intentos de investigación en este campo y es escasa la información publicada. En particular, existe un marco teórico muy reducido que sustenta las pruebas audiométricas que utilizan el habla como estímulo; para el caso de la determinación del umbral para el habla, ésta no es una prueba muy usual y como se señala en el artículo publicado recientemente³: "...la prueba de determinación del umbral para el habla, por sí mismo, no constituye un elemento de diagnóstico, por su deficiente fundamentación, en consecuencia la Logaudiometría sólo constituye una prueba de discriminación; donde el material del habla utilizado, varía significativamente, ya que se utilizan tanto palabras monosilábicas como bisilábicas, fonéticamente balanceadas ó sin ningún criterio de selección".

En el presente trabajo, se abordará con detalle los fundamentos teóricos de la prueba para determinar el umbral para el habla, para que su análisis y discusión contribuya a evitar confusiones posteriores.

Selección del Material (Lista de Palabras)

A partir de los trabajos de Hughson en 1942⁴, se determina el umbral para el habla. La idea de medir el umbral proviene de la intención de medir la cantidad de pérdida de audición para la voz de una forma similar a como se mide con tonos puros, es decir, comparando los umbrales, para oídos sanos y para oídos no-sanos. Hughson y otros investigadores⁵, establecieron que el material pa-

ra determinar el umbral debe ser redundante ("redundancia, propiedad de los lenguajes, códigos y sistemas de números que surgen de la superfluidad de sus reglas y que facilitan la comunicación a pesar de todos los factores de incertidumbre que actúan en contra"⁶). Hughson consideró que el material más apropiado para determinar el umbral eran las oraciones, (ya que el contexto proporciona información que reduce el número de alternativas posibles que tiene el sujeto para elegir sus respuestas). Posteriormente, los trabajos de Miller G.H. en 1950⁷ confirmaron esta suposición.

Utilizar oraciones obliga a disponer de mayor tiempo para realizar la prueba, lo cual puede ser contraproducente por el esfuerzo de atención que se requiere. A fin de remediar esto, actualmente se utilizan palabras espondeicas aisladas (espondeicas, palabras bisilábicas, con ambas sílabas acentuadas). La fundamentación para utilizar bisilábicas espondeicas en lugar de oraciones se encuentra en el trabajo de Hudgins y colaboradores del Psycho-Acoustic Laboratory (PAL) de la Universidad de Harvard⁸. Este investigador comparó el umbral para el habla, obtenido mediante espondeicas y oraciones, y encontró que el valor del umbral no difiere por más de 2dB, para cada tipo de material.

Además, Hudgins y colaboradores,⁸ concluyeron que las palabras bisilábicas espondeicas son el material más apropiado para determinar el umbral, debido a que compararon la percepción de distintos tipos de palabras, y encontraron que las palabras bisilábicas espondeicas tenían la pendiente más pronunciada, 10%/dB, ver Figura 1. Esta pendiente tan pronunciada, Hudgins⁸ la atribuye a que su audibilidad se ve favorecida por el hecho de que ambas sílabas estén igualmente acentuadas. Posteriormente se han publicado resultados⁹ que parecen indicar que en el mecanismo de percepción, las sílabas que forman una palabra se procesan secuencialmente, esto a su vez significa que en las palabras bisilábicas, la primera sílaba sugiere una palabra candidata (probable) y la segunda sílaba aporta información, para confirmarla o eliminarla. Esto quiere decir que, las palabras bisilábicas son tan redundantes que son necesarias un mínimo de indicios auditivos (Auditory cues), para su reconocimiento correcto.

En nuestro idioma no es común tener palabras que se acentúen en dos sílabas diferentes (quizá

sólo los adverbios terminados en mente, tristemente, inútilmente, se pronuncian acentuando ambas sílabas), por lo tanto, no tendremos espondeicas en el número necesario como para utilizarlas en una prueba de umbral. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el requisito que deben reunir las palabras para una prueba de umbral es que sean redundantes y las palabras bisilábicas lo son. Es decir, para el español podemos utilizar palabras bisilábicas. No obstante, existen muchos tipos de palabras bisilábicas dependiendo del número de fonemas y la sílaba que se acentúa (graves ó agudas), por lo que surge la interrogante sobre cuales utilizar.

Para tratar de contestar a esta pregunta se diseñó un experimento que permitiera obtener las curvas psicométricas de diversos materiales similares a los de la Figura 1. El criterio de selección se basaría en las características de las pendientes de las curvas psicométricas respectivas. Se eligieron 4 tipos de material para comparación: 1 Lista de palabras bisilábicas de 7 fonemas, 1 lista de palabras bisilábicas de 5 y 6 fonemas, 1 lista de palabras bisilábicas de 3 y 4 fonemas, 1 lista de monosílabos sin sentido. Las listas de palabras bisilábicas, en lo posible, se ajustaron a los siguientes criterios adicionales que estableció Hudgins:⁸

a) Familiaridad:

Se trata de una prueba que mida el umbral auditivo no la inteligencia, por lo tanto es esencial que se utilicen palabras muy familiares.

La familiaridad es factor importante en el reconocimiento de las palabras. Conviene aclarar en este punto que la familiaridad tiene dos aspectos. El primero, se relaciona con la proporción en que las palabras se utilizan por los sujetos (es decir, si forman parte de su vocabulario), y el

segundo se refiere a que el sujeto sabe si el estímulo pertenece o no a un conjunto conocido (conocimiento que permite reducir el número de alternativas posibles). Para controlar la influencia de este factor, en EUA se ha adoptado la práctica recomendada por Tillman y Olsen,¹⁰ que consiste en familiarizar a los sujetos con el material antes de la prueba.

b) Disimilaridad fonética:

Se debe eliminar palabras que difieren por una sola sílaba, como casa y pasa, etc. Ya que éstas imponen una condición rítmica que altera la prueba.

c) Muestreo Estadísticamente Representativo de los sonidos del idioma:

Deben estar respresentados los sonidos más usuales del idioma.

La disimilaridad fonética es un criterio que no ofrece mayor dificultad para cumplirse en cualquier lista de palabras. En cambio, la exigencia del muestreo estadísticamente respresentativo, es la condición que más se puede sacrificar en beneficio de las otras exigencias.⁸ Para nuestro caso se sacrifica la exigencia de un muestreo representativo, en beneficio del requisito de la homogeneidad.

d) Homogeneidad:

La homogeneidad consiste en que cada palabra sea reconocida en el mismo nivel de presentación, es decir que las palabras de la lista tengan la misma audibilidad.

La condición de homogeneidad es la exigencia que representa mayores problemas y es la que se ve reflejada en la condición de una pendiente mayor, como se explicó anteriormente.

Las listas de palabras se seleccionaron de los archivos de los resultados obtenidos de un estudio previo.¹¹ Se grabaron 4 cintas (cassettes), una para cada lista, en 7 arreglos, uno para cada nivel de atenuación. En cada cinta se grabó un tono de calibración de 1 000 Hz a 93.4 dB (referidos a 0.0002 dinas-cm²). El equipo y su disposición para la grabación, se muestra en la Figura 2.

Se realizaron varias pruebas preliminares para que el orador mejorara su control sobre el nivel de su voz manteniéndola, relativamente, constante para cada palabra, además, se empleó un medidor de unidades de volumen digital, de rango

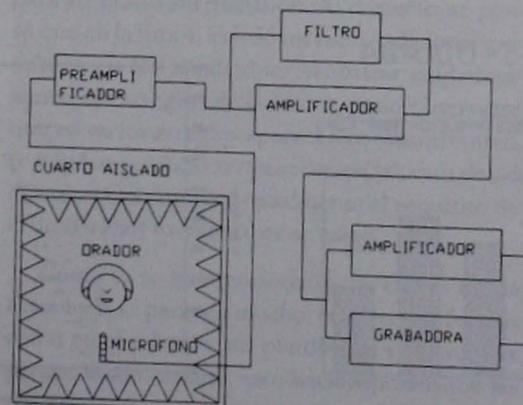


Figura 2
Esquema del arreglo experimental utilizado para la grabación de las listas de palabras.

extendido (un "VU meter"), construido especialmente para el proyecto, para que el orador vigilara el nivel de su voz durante la grabación.

Posteriormente, se comprobó el nivel, midiendo, para cada palabra su valor r.c.m. (raíz cuadrática medio), utilizando un analizador B&K 2033 y una computadora HP 217. Se encontró que la variación de este valor sólo difería en 9 dB máximo, dato que se encuentra dentro de los límites reportados en la literatura especializada para las palabras bisilábicas espondáicas del Inglés.¹²

Puesto que la prueba se pensó para obtener las respuestas de forma escrita, hubo necesidad de realizar varias pruebas para determinar la duración de los silencios entre palabras. Después de varios ensayos se determinó un tiempo de 5 segundos entre palabras, sin embargo, siguiendo las recomendaciones de Tillman & Olsen¹⁰ se empleó la frase introductoria "Ahora escuchará.", por lo que el silencio entre palabras fue de 3 segundos aproximadamente.

4.0 Procedimientos Primer experimento

Se exploraron a 162 sujetos, realizándoles examen, otorrinolaringológico y audiométrico, de los cuales se detectaron a 65 candidatos, que cumplían los criterios de inclusión de la prueba (apéndice A). De las 162 valoraciones, 68 se hicieron en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH) y 94 valoraciones más se realizaron en el CIUNAM. Del total de pruebas completas se descartaron de 25 problemas relacionados con calibración y control de ruido, quedando una población de 40 sujetos estudiados, 21 del sexo masculino y 19 del sexo femenino con edades de 18 a 43 años (promedio 29.2 y desviación normal de 6.20), ver Figura 3.

4.1 Protocolo de aplicación de la prueba

Para aplicar la prueba se diseñó un procedimiento, que sirvió de guía y al mismo tiempo de mecanismo para evitar errores. Este procedimiento consistió en verificar:

1. Control de ruido.

Se tomaran todas las precauciones posibles para que el ruido de fondo no tuviera un nivel que afectara los resultados de las pruebas.

2. Calibración del equipo.

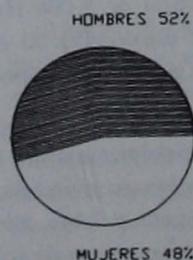
Diariamente, antes de iniciar las mediciones se calibró el equipo y se comprobó su funcionamiento correcto.

Posteriormente, se explicaba a los sujetos, el objetivo y la secuencia de la prueba cubriendo los siguientes lineamientos:

"Va usted a escuchar por uno de sus oídos una serie de palabras precedidas de la frase "Ahora escuchará" al inicio de la prueba posiblemente no escuche con claridad las palabras, no debe inquietarse ya que cada veinte palabras el volumen irá incrementándose. Debe escribir con letra clara la palabra escuchada, en caso de no entender la palabra señale con un guión el espacio asignado a ésta en el cuadernillo de respuestas que le estoy mostrando; este cuadernillo tiene seis páginas, cada página viene numerada, una vez llegado al final de la página cambie de hoja, casi simultáneamente escuchará. 'Arreglo número dos, lista de palabras bisilábicas' si no está seguro se lo indicaremos y la prueba continuará. Una vez iniciada la prueba no es conveniente detenerse. Al término de los 6 primeros arreglos habrá un intervalo para hacer observaciones y se le entregará el siguiente cuadernillo con las mismas características del anterior, una vez terminado este segundo cuadernillo se dará por terminada la primera sesión y se programará la próxima cita".

POBLACION ESTUDIADA

DISTRIBUCION POR SEXO



DISTRIBUCION POR EDAD

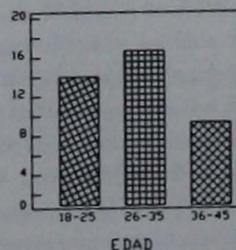
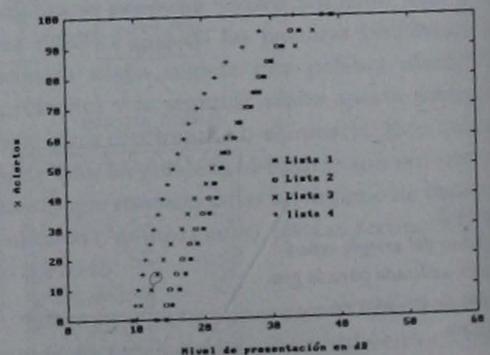


Figura 3
Características de la población estudiada, para la selección del mejor material.

Figura 4
Resultados para la comparación entre distintos tipos de material.



4.2 Resultados

Se calificó el número de aciertos por individuo, atenuación y lista de palabras. Posteriormente los datos se pasaron a una tabla donde el porcentaje de aciertos es la variable independiente y la atenuación es la variable dependiente, se hizo una transformación en los valores para obtener sus promedios, ya que éstos originalmente estaban en dB (cantidades logarítmicas). Se graficaron los datos obtenidos en cada una de las cuatro listas. Además, se determinó el umbral, al 50% de aciertos.

En el cuadro 1 se muestran las pendientes de las curvas psicométricas de las cuatro listas, así como el umbral al 50%. En la Figura 4 se presentan las gráficas de las curvas psicométricas correspondientes.

Cuadro 1. Pendiente y Umbral al 50% de 40 sujetos

	Pendiente	Umbral 50%
Lista 1	4.66%/dB	23.6 db
Lista 2	5.26%/dB	23.0 db
Lista 3	4.22%/dB	22.2 db
Lista 4	5.78%/dB	16.0 db

De los resultados anteriores se desprende lo siguiente: La gráfica de la Figura 4 muestra que dos listas de palabras (lista 1 y 2), se asemejan mucho, en cambio la lista 4 (palabras bisilábicas de 7 fonemas), se encuentra a la izquierda de las otras esto quiere decir que, aparentemente, las palabras bisilábicas de 7 fonemas son las más redundantes y en consecuencia más audibles, por lo tanto, serían las palabras apropiadas para una prueba de umbral. Esto parece confirmarse al observar que esta lista tiene la mayor pendiente, 6%/dB; no obstante, el valor del umbral promedio de esta lista, 16 dB, es demasiado bajo como para aceptarlo sin discusión. Al respecto, se pensó que en la lista 4, existió un factor adicional que influyó en los resultados. Al revisar cuidadosamente los arreglos de la lista 4, pudo observarse que en varios arreglos aparecen consecutivamente muchas palabras terminadas en "s"; esto debió evitarse para cumplir, cabalmente el requisito de disimilaridad fonética que se exige.

Como ya se ha mencionado, las curvas de las listas 1 y 2, se parecen mucho, tanto en sus formas como en el valor de sus pendientes y sus valores promedio de umbral, esto hace suponer que las palabras que contienen estas listas se comportan

de manera similar. Ya que éstas contienen palabras bisilábicas de 7, 6, 5, 4 y 3 fonemas; se puede concluir que las palabras bisilábicas con diferente número de fonemas tiene una audibilidad semejante.

Por último la lista 3 (palabras monosilábicas), es la que tiene una curva con pendiente menor y aunque tiene un valor de umbral promedio menor que las bisilábicas de las listas 1 y 2 esto puede deberse a que los datos se procesaron considerando que se trata de una prueba de umbral, no de discriminación. Además, al realizar la prueba, se encontró que todos los que participaron en el estudio, coincidieron en observar que la lista 3 era la que ofrecía mayor dificultad en su audición; esta experiencia nos llevó a descartar la hipótesis de que para el idioma español, las palabras bisilábicas y monosilábicas se comportarían igual para una prueba de umbral.

Con base en la discusión anterior, se seleccionó el material definitivo que esencialmente consiste en palabras bisilábicas de 5, 6 y 7 fonemas, evitando que aparezcan en orden sucesivo palabras plurales. Se escogieron 38 palabras que se presentan a continuación en orden alfabético:

CAMBIO, CAMPEON, CAMPO, CANCION, CENTRO, CIENCIA, CONTRA, CONTROL, CRISIS, CUATRO, CUENTA, CUENTO, DESPUES, FRENTE, FUERZAS, GRACIAS, HASTA, HOMBRE, MUNDIAL, PARTIR, PODER, PRECIOS, PROPIAS, PROPIO, PUERTA, REGION, ROMPER, SIEMPRE, TAMBIEN, TANTO, TEATRO, TIEMPO, TIERRA, TOTAL, TREINTA, TRIUNFO, VUELTAS.

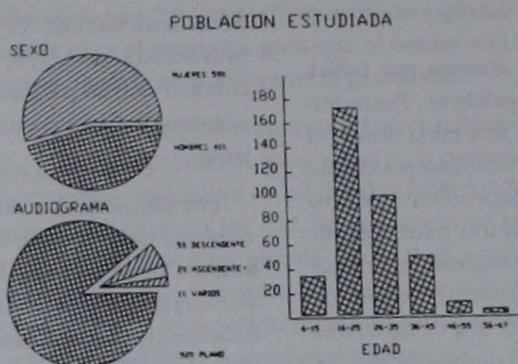
5.0 Estudio en población abierta

5.1 Grabación de las listas definitivas

Las 38 palabras seleccionadas se grabaron mediante el siguiente procedimiento:

Se entregó la lista de palabras al orador (ésta consta de 12 grupos de 5 palabras cada una) y se le indicó que leyera, tanto en voz baja como en alta, la lista de palabras para que se familiarizara con ella. A continuación se le explicó los cuidados que debía tener en cuanto a la distancia al micrófono y los movimientos para evitar que el micrófono los detectara como ruido. Después, el orador tuvo que practicar, ante el medidor de nivel (UV meter) varias veces hasta lograr controlar su nivel de voz. Se utilizó la frase introductoria "AHORA ESCUCHARA...",

Figura 5
Características de la población a la que se le determinó su umbral para el habla, mediante el procedimiento propuesto.



e inmediatamente después la palabra de prueba, se hizo una pausa de 4 segundos entre palabra y palabra.

5.2 Protocolo para la prueba

Los criterios de selección de candidatos, se muestran en el apéndice B.

El protocolo para la administración de la prueba sigue los lineamientos recomendados por Tillman & Olsen.¹⁰ Para la familiarización con material de prueba, se proporcionó una lista con 38 palabras ordenadas alfabéticamente y se le pidió al sujeto en estudio, que las leyera en voz alta; si el sujeto no las podía leer por él mismo, éstas eran presentadas por el examinador a una intensidad de audición confortable y se pedía que el sujeto las repitiera.

Para determinar la intensidad inicial de la prueba: se inicia con un nivel de 30 a 40 decibeles por arriba del umbral probable, este nivel se reduce en pasos de 10 dB por cada palabra presentada, contestada en forma correcta; si la palabra es errónea se pasa a otra a la misma intensidad. El umbral inicial se determina aumentando 10 decibeles a la intensidad en la cual 2 palabras consecutivas fueron erróneas.

Determinación del umbral: El procedimiento considera 5 palabras por pasos de atenuación de 5 dB, es decir, se parte de la intensidad inicial presentando 5 palabras por intensidad y la prueba termina cuando las 5 palabras son incorrectas. El umbral se define como el nivel de intensidad en el cual el 50% de las respuestas son correctas (UH_{50%}), y esto se obtiene con la siguiente fórmula, que es un refinamiento del método de Spearman-Kärber¹³ aplicado a la determinación del umbral.

$$UH_{50\%} = i + 1/2(d) - d(r)/n$$

Donde:

i = intensidad inicial

d = decremento en decibeles

n = número de palabras presentadas por nivel

r = número total de respuestas correctas

5.3 Resultados

Se estudiaron 509 oídos de población abierta, de los cuales se descartaron 127 por inconsistencia de las observaciones debido a problemas de calibración, quedando una población final de 382 oídos. Las características de la población estudiada se muestran en la figura 5.

Con los datos obtenidos, tanto en la audiometría tonal como del umbral, se realizó un análisis de correlación entre los valores del umbral medido (UH_{50%}), y tres valores de la audiometría tonal en las frecuencias de 500, 1000 y 2000 Hz (UT₅₀₀, UT₁₀₀₀, UT₂₀₀₀), los resultados se muestran a continuación:

	UT ₅₀₀	UT ₁₀₀₀	UT ₂₀₀₀
UH _{50%}	.91	.92	.90

Como puede observarse la correlación es en general alta y en 1000 Hz es la mayor. Estos resultados, en 500 y 1000 Hz concuerdan muy cercanamente con los resultados publicados por Carhart¹, para las 36 palabras bisilábicas espondáicas del idioma inglés; sin embargo, en 2000 Hz el estudio de Carhart¹ encontró una correlación menor (de .76 a .78) de la que aquí se menciona.

Además de los resultados anteriores se investigó la posible relación entre el umbral (UH_{50%}) y las ecuaciones de regresión múltiple con los valores de la audiometría tonal en las frecuencias mencionadas anteriormente. Encontrando:

	Ecuación 1	Ecuación 2	Ecuación 3
UH _{50%}	.96	.95	.95

donde:

$$Ec.1 = .03 + .35(UT_{500}) + .3(UT_{1000}) + .33(UT_{2000})$$

$$Ec.2 = 0.45 + 0.42(UT_{500}) + 0.5(UT_{1000})$$

$$Ec.3 = -1.24 + 0.5(UT_{500}) + .45(UT_{2000})$$

Estos resultados también son muy parecidos con los publicados por Carhart¹. En particular, es

de interés resaltar que la ecuación de regresión que Carhart¹ propone es:

$$= -2.0 + 0.5(UT_{500}) + 0.5(UT_{1000})$$

Que es una ecuación muy parecida, salvo la constante, a la ecuación 2. Esto confirma la validez del presente estudio.

6.0 Discusión y conclusiones

Los resultados encontrados permiten suponer que la prueba para determinar el umbral para el habla desarrollada en el presente trabajo, está confiablemente fundamentada y cubre los requisitos necesarios para utilizarse en el trabajo clínico. De este modo, con esta prueba, podemos contar con un procedimiento de valoración clínica similar al SRT (Speech Reception Threshold), utilizado rutinariamente en USA.¹⁴ Así mismo, se puede considerar que el material desarrollado en la presente investigación constituye nuestro equivalente, en español, a las palabras bisilábicas espondeicas del inglés.

Contar con distintos procedimientos de valoración audiológica permite, además de incrementar las posibilidades de un diagnóstico, más acertado, investigar nuevos procedimientos que permitan identificar el origen de distintos padecimientos auditivos, actualmente, difíciles de valorar.¹⁵

El presente trabajo, no aclara del todo si es necesario utilizar palabras monosilábicas para una prueba de discriminación por lo que nuestro próximo esfuerzo de investigación se orientará en ese sentido.

AGRADECIMIENTOS: Este proyecto fue apoyado por CONACYT, proyecto P129CCOL8893; agradecemos la colaboración de los Drs. Luis Hernández y Adrián Poblano y el apoyo, siempre entusiasta de la Dra. Yolanda Peñaloza L.

Referencias Bibliográficas

1. Carhart R.: Observations on Relations Between Threshold for Pure Tone and for Speech. Jour. Speech Hearing Dis. 1971. 36: 476-483.
2. Chaiklin and Ventry I.M. Spondee Threshold Measurement: A comparison of 2-db y 5-db Methods. Jour. Speech Hearing Dis. 1964. 29: 47-59.
3. Pérez R.S.J.; Castañeda G.R.; Peñaloza L.Y.R.: Logaudiometría, una revisión necesaria. Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología. 1990. 35: 282-289.

4. Hughson, W.; Thompson, E.A.: Correlation of hearing acuity for speech with discrete frequency audiograms. Arch. Otolaryngol. 1942. 36: 526-540.
5. Carhart, R.: Problems in the Measurements of Speech Discrimination.; Arch. Otolaryng. 1965. 82: 253-260.
6. Cherry, C.: On Human Communication Press. M.T.T. Cambridge Mas. 1966.
7. Miller, G.A.; Heise, G.A.; Lichten, W.: La Inteligibilidad del habla en función del contexto del material de prueba. Journal of Experimental Psychology. 1951. 41: 329-335.
8. Hudgins, C.V.; Et al.: The Development of Recorded Auditory test for Measuring Hearing Loss for Speech.; Laryngoscope. 1947. 57: 57-89.
9. Cole, R.A.; Jakimik, J.: How are Syllables used to Recognize Words? Journal Acoust. Soc. Amer. 1980. 67: 965-970.
10. Tillman, T.W., Olsen, W.O.: Speech Audiometry en Modern Developments in Audiology 2a. ed.; Jerger J. (editor). 1973: 37-74. Academic Press Inc. New York.
11. Castañeda, G.R.: Análisis Estadístico del Español, Inteligibilidad y una aplicación a la Acústica de Recintos. Tesis de Licenciatura FAC. Ciencias UNAM. 1987.
12. Wilson, R.H.; Margolis, R.H.: Measurements of Auditory Threshold for Speech Stimuli en Principles of Speech Audiometry; Kontle, D.F.; Rintelmann, W.F. (editores); pags. 79-126; University Park Press Baltimore. 1983.
13. Wilson H.R.; Morgan E.D.; Dirks D.D.: A Proposed SRT Procedure and its Statistical Precedent. Jour. Speech Hearing Dis. 1973. 38: 184-191.
14. Martin F.; Forbis N.: The Present Status of Audiometric Practice: A follow-up Study. Asha. 1978. 20: 531-541.
15. Rintelmann W.F. Lynn G.E.: Speech Stimuli for Assessment of Central Auditory Disorders en Principles of Speech Audiometry; Kontle, D.F.; Rintelmann, W.F. (editores); pags. 231-283; University Park Press Baltimore. 1983.

Apéndices

Apéndice A

Criterios de Inclusión:

- Edad comprendida entre 17-50 años cualquier sexo
- Umbral auditivo de 5 db ó menor en las frecuencias de 125-8000 Hz.
- Saber leer y escribir.
- Examen otorrinolaringológico normal.
- No exposición a ruido intenso previo.

Apéndice B

Muestra: Población abierta.

Criterios de Exclusión:

- Edad menor a 6 años.
- Lengua materna diferente al español.
- Problemas de articulación del lenguaje.
- Enfermedad otica aguda.

Criterios de Inclusión:

- Todos aquellos sujetos que no entren en los criterios de exclusión.

Quiste Nasofaríngeo

Dr. J. Ramón Escajadillo*

Resumen.- Los quistes nasofaríngeos se clasifican en congénitos o adquiridos, y aquellos que se localizan en la línea media o laterales. Los quistes congénitos de la línea media pueden surgir tanto de la bursa faríngea, a los que se les denomina quistes de Thornwaldt, como de la bolsa de Rathke.

Los quistes adquiridos son de retención y se atribuyen a la coalescencia del receso medial de la amígdala laríngea. En general, los quistes de la nasofaringe, cuando son pequeños, no dan sintomatología, mientras que, al crecer, dependiendo de su localización, dan obstrucción nasal, rinorrea posterior, hipoacusia y cefaleas.

Summary.- Nasopharyngeal cysts are classified into congenital or acquired, and midline or lateral. Congenital midline cysts may arise either from the pharyngeal bursa, in which case they are called Thornwaldt cysts, or from Rathke's pouch. The acquired ones are retention cysts, and they are usually attributed to coalescence of the median recess of the pharyngeal tonsil. Most small nasopharyngeal cysts show no symptoms, but, as they grow and, depending on where they are found, they cause nasal obstruction, postnasal drip, hearing loss, and headaches.

Palabras clave: Quistes nasofaríngeos, quiste de Thornwaldt

Introducción

Los quistes nasofaríngeos constituyen entidades clínicas raras. Se sabe que cuando son pequeños, por lo general son asintomáticos, mientras que los quistes grandes, dependiendo de su localización, dan obstrucción nasal, rinorrea posterior, hipoacusia de tipo conductivo y cefaleas.¹

El presente artículo reporta un caso clínico de quiste nasofaríngeo de la línea media, además de revisar su etiología, diagnóstico y tratamiento.

Presentación del caso

Se trata de paciente de sexo femenino de 18 años de edad, cantante y modelo profesional, que inicia su sintomatología 6 meses previos a ser evaluada en nuestro servicio, y que consistía en obstrucción nasal bilateral más aparente durante las noches asociada a hipofonía, cefalea en región occipital y rinorrea posterior mucopurulenta.

La rinoscopia anterior reveló una discreta desviación septal no obstructiva a la izquierda en el área III-IV de Cottle. La rinoscopia posterior mostró la presencia de una tumoración antral de consistencia alulada y de aproximadamente 2 x 3 cms no dolorosa, la cual ocluía al orificio coanal en un 70%.

Dicha lesión se corrobora en la tomografía axial computarizada, en donde se aprecia su pedículo proveniente del rostrum del esfenoides (ver Figura 1), dando además la impresión de tratarse de un quiste.

* Centro Médico Alpha.- Tijuana, B.C.

Debido a lo anterior se decide realizar un abordaje transpalatinal. Durante la cirugía se opta por combinarlo con una técnica de desguante facial, con la intención de mejorar la exposición y con ello la excisión de la tumoración (ver Figura 2). Se aplicaron taponamientos nasales, el anterior con gasa y el posterior con sonda de Foley, ésta última por un periodo de tres días y la primera por cinco días.

La evolución post-operatoria fue satisfactoria y en la actualidad, a los 18 meses de seguimiento, se encuentra asintomática, sin evidencia de recidiva.

El reporte histopatológico fue de una lesión quística cubierta por epitelio cilíndrico ciliado, con abundantes folículos linfoides y áreas de metaplasia escamosa. Debido a que el tumor se apreció profundo a la fascia faringobasilar, se consideró que se trataba de un quiste de Thornwaldt.

Comentario

Singh y Pahor² clasifica a los quistes nasofaríngeos en congénitos o adquiridos, y aquellos que se localizan en la línea media o laterales.

Por lo general se presentan entre los 14 y los 65 años, con una edad promedio de 40. Los quistes de la línea media aparecen en edades más tempranas que los laterales, ya que estos últimos surgen en la 5a. y 6a. décadas de la vida.

Predominan en el sexo masculino en relación 3:1.^{1,3}

Los quistes de retención son más frecuentes en la línea media y se atribuyen a la coalescencia del receso medial de la amígdala faríngea. El contenido quístico es denso, en ocasiones hemorrágico y con abundantes detritos epiteliales. La pared del quiste muestra abundantes folículos

linfoides, con algunos centros germinales prominentes. Su capa epitelial interna es de tipo cilíndrico o cilíndrico-ciliada, con áreas de metaplasia escamosa debido a estímulo inflamatorio o a compresión por el contenido quístico.

Los quistes congénitos de la línea media pueden surgir tanto en la bursa faríngea, a los que se les denomina quiste de Thornwaldt, como de la bolsa de Rathke. La bursa faríngea se encuentra en el 41 a 60% de los embriones humanos.^{4,5} Consiste en una invaginación tubuliforme que yace en la unión de la valécula nasofaríngea con la pared faríngea posterior, y se extiende desde las porciones proximales de los músculos longissimus hasta por encima de las fibras superiores del músculo constrictor superior de la faringe.⁶ Esta estructura persiste hasta en el 3% de los adultos normales.

Desde el punto de vista clínico e histológico, los quistes que surgen de la bursa faríngea son similares a los quistes de retención, siendo difícil el diagnóstico diferencial entre ellos. De acuerdo con Guggenheim,⁶ el único criterio discriminador es el topográfico. Así, cuando los quistes son superficiales a la fascia faringobasilar, representan quistes de retención, a diferencia de los que aparecen en lo profundo de esta fascia, que son los de tipo congénito o de la bursa faríngea (quiste de Thornwaldt), como en el caso presentado. A veces, estos quistes se encuentran localizados entre la musculatura prevertebral, exhibiendo tan solo tejido inflamatorio sin folículos linfoides.

Los quistes que surgen de la bolsa de Rathke son los más raros. Se presentan adheridos a la línea media a nivel de la válvula nasofaríngea y, por razones embriológicas, surgen anterior al sitio usual de origen de los quistes de retención y de los de la bursa faríngea. Se caracterizan por la presencia de un epitelio interno de tipo esca-

Figura 1
Tomografía axial computarizada que muestra la presencia de una tumoración quística pediculada proveniente del rostrum del esfenoides.



Figura 2
Abordaje combinado transpalatino y desguante facial. Nótese la adecuada exposición del campo quirúrgico. Al fondo se aprecian algunos vasos cauterizados de la nasofaringe.



moso estratificado relacionado con el origen ectodérmico de la bolsa de Rathke.

Por otro lado, los quistes nasofaríngeos laterales son, por lo general, de origen branquial, con excepción de casos aislados en que pueden ser de retención provenientes de glándulas seromucinosas.

La base de estos quistes se encuentra entre el pilar posterior y la abertura faríngea de la trompa de Eustaquio, lo que confirma la hipótesis de que se originan a partir de la segunda bolsa faríngea. Presentan un epitelio interno de tipo cilíndrico o de origen ectodérmico. Su contenido es más líquido que en los quistes mediales y contienen escasos detritos celulares; en forma aislada se aprecian centros germinales en la pared quística.

El diagnóstico de una masa submucosa que ocupa la nasofaríngea se realiza mediante una rinoscopia posterior o bien con la ayuda de un nasofaringoscopia. Sin embargo, los quistes de la nasofaríngea deben ser diferenciados de otras enfermedades con hallazgos clínicos similares, como son: el mucocoele del seno esfenoidal, pólipos coanales, angiofibroma, cordoma, craneofaringioma, rhabdomiosarcoma, encefalomeningocele, tumores nasofaríngeos asociados con HIV positivo,⁷ y neoplasias malignas.⁸

El diagnóstico radiológico se establece mediante la tomografía computarizada con cortes axiales y coronales, a la que se agrega medio de contraste, con lo que ayuda a demostrar la naturaleza del tumor (sólida, quística o mixta). En forma reciente Norfray⁹ ha utilizado la resonancia magnética para el diagnóstico de quistes nasofaríngeos, en especial de la bursa faríngea (quiste de Thornwoldt), las cuales se caracterizan por presentar imágenes brillantes tanto en T₁ como en T₂. Los cortes sagitales ayudan a la identificación de éstos a nivel del receso superior de la nasofaringe y las proyecciones axiales y coronales localizan los quistes de la línea media.

Por otro lado, el tejido adenoideo prominente no presenta imágenes brillantes sino de baja intensidad, hecho que lo diferencia en forma clara de las lesiones quísticas.

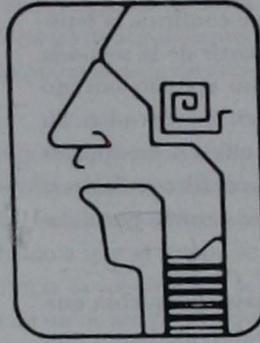
Las biopsias o punciones exploratorias deben considerarse sólo posterior a una cuidadosa evaluación radiológica.

La cirugía es el tratamiento de elección, y se puede realizar a través de un abordaje transoral¹⁰ colocando al paciente en una posición de Rose y exponiendo la nasofaringe a través de un retractor o de la ayuda de un carácter de plástico, el cual se inserta por la fosa nasal y se saca por la boca.

Otro abordaje es el transpalatino,^{1,11} mismo que el autor considera idóneo para quistes mayores de 1.5 a 2 cm, debido a que ofrece una mejor visualización del lecho tumoral y a que puede combinarse con otras técnicas, como la del desguante facial, hecho que facilita la remoción total de la tumoración, disminuyendo las posibilidades de recidiva local o de una remoción incompleta del quiste. Este procedimiento es bien tolerado por los pacientes; no se asocia con alteraciones en el habla ni con problemas en la deglución, por lo que su morbilidad es baja.

Referencias Bibliográficas

1. Nicolai, P., Luzzago, F., Maroldi, R. et al.: Nasopharyngeal Cysts. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1989, 115: 860-864.
2. Singh, K.P., Pahor, A.L.: Congenital cysts of the nasopharynx. J. Laryngol. Otol. 1977, 91: 75-79.
3. Mills, C.P.: A midline cyst of the nasopharynx. J. Laryngol. Otol. 1955, 69: 215-219.
4. Snook, T.: The lateral development of bursa pharyngea: homo. Anat. Rec. 1934, 58: 303-319.
5. Killian, G.; Citado por Guggenheim, P.: Cysts of the nasopharynx. Laryngoscope. 1967, 75: 2147-2168.
6. Guggenheim, P.: Cysts of the nasopharynx. Laryngoscope. 1967, 75: 2147-2168.
7. Stern, J.C., Lin, P.T., Lucente, F.E.: Bening nasopharyngeal masses and human immunodeficiency virus infection. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1990, 116: 206-208.
8. Hopping, S.B., Keller, J.D., Goodman, M.L., Montgomery, W.W.: Nasopharyngeal masses in adults. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1983, 92: 137-140.
9. Norfray, J.F., Rybak, L.P., Nemiroff, P.M.: Magnetic resonance imaging of Thornwoldt's cyst. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1989, 98: 569-570.
10. Escjadillo, J.R.: Oídos, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello. México, Ed. El Manual Moderno. 1991, pp. 451-453.
11. Wilson, C.P.: The approach to the nasopharynx. Proc. R. Soc. Med. 1951, 44: 353-357.



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

Atentamente
Gerente General
Lic. Joaquín Bohigas
Tel. 543 93 63

Angioleiomioma en cavidad nasal Reporte de un caso

Dr. Frank Rosengaus *

Dr. Miguel Angel Bentacourt **

Dr. Roberto Herrera ***

Resumen. Se presenta el caso de un paciente femenino de 44 años de edad con datos clínicos de obstrucción nasal izquierda intermitente no progresiva de 6 meses de evolución.

Presentaba tumoración en cavidad nasal izquierdo. Se realizó biopsia diagnóstica y el resultado histopatológico fue el de angioleiomioma. Se realiza biopsia excisional y doce meses después la paciente se encuentra asintomática y sin recurrencia tumoral.

Summary. A case of a 44 year old female patient presented with a unilateral nasal obstruction due to a nasal tumor. The tumor was resected and the histopathological study reported an angioleiomioma. The evolution was favorable. A year of follow up she is asymptomatic and with tumoral recurrence.

Palabras clave: Tumor nasal. Angioleiomioma.

Introducción

Los tumores de la cavidad nasal son una entidad rara. Su incidencia en E.U. ha sido calculada en un caso por 100,000 habitantes por cada doce meses; de esas, sólo un mínimo son benignas. A pesar de ello encontramos que la variedad histológica de los tumores en esta zona es muy amplia. Siendo generalmente epiteliales aunque su origen puede provenir de cualesquiera de las estructuras histológicas nasales. En este artículo presentamos las características clínicas e histopatológicas de una neoplasia vascular benigna denominada angioleiomioma la cual pocas veces ha sido reportada en cavidad nasal dentro de la literatura mundial.

Reporte del caso

Se trata de un paciente femenino de 44 años de edad que acudió al departamento de Otorrinolaringología de nuestro hospital por presentar desde hacía 6 meses obstrucción nasal izquierdo intermitente no progresiva. Al mismo tiempo, la paciente notó de manera casual una tumoración en fosa nasal izquierda, negando aumento de volumen hasta la fecha de consulta, tampoco mencionaba epistaxis, rinorrea, dolor, prurito u otra sintomatología. La paciente negaba antecedentes de tabaquismo o alcoholismo, así como de

* Médico adscrito al servicio de Otorrinolaringología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

** Médico residente del servicio de Otorrinolaringología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

*** Jefe del Servicio de Patología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

exposición a otros factores ambientales. No presentaba otros antecedentes de importancia.

A la exploración física se encontró un tumor en fosa nasal izquierda dependiente de porción anterosuperior de cornete inferior de aproximadamente 1 x 1.5 cms, de consistencia dura, coloración café rojizo, ligeramente dolorosa y no sangrante. Septum con cresta basal derecha en área de cornetes, no obstructiva, el resto de la exploración otorrinolaringológica y general fue normal. Los resultados de exámenes de BH, EGO, QS, TP y TPT se reportaron dentro de rangos de normalidad. A la paciente se le realizó en ese momento una biopsia incisional, la cual tuvo que ser repetida dos semanas después. La muestra fue reportada como angioleiomioma por el servicio de patología de nuestro hospital. Con este diagnóstico la paciente fue programada para biopsia excisional bajo anestesia general la cual se realizó un mes después sin incidente ni complicaciones.

La biopsia excisional fue nuevamente diagnosticada por el departamento de patología como angioleiomioma. Doce meses después la paciente se encuentra asintomática y sin recurrencia tumoral.

Hallazgos patológicos

La primera biopsia recibida por el departamento de patología mostró en cortes histológicos epitelio plano estratificado no queratinizado por debajo del cual había fibrosis infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario inespecífico y proliferación de vasos sanguíneos, por lo que fue necesario repetir el estudio. La segunda muestra del tumor estaba constituida por dos fragmentos irregulares que midieron 0.5 x 1 x 1 cms, histológicamente se observó una neoplasia benigna de estirpe mesenquimatosa constituida por prolife-

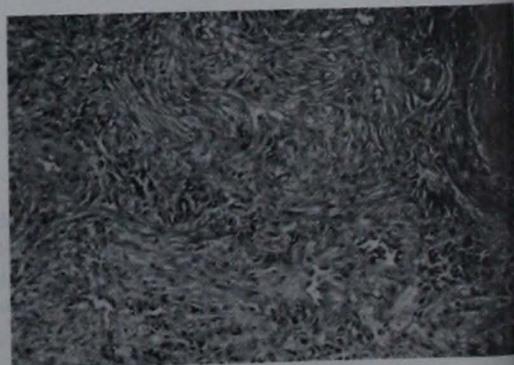
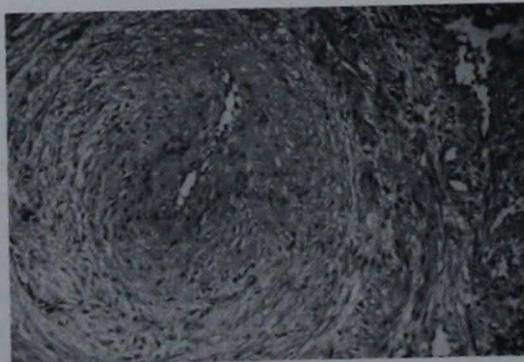
ración de vasos sanguíneos de calibre reducido que mostraban hiperplasia acentuada de la túnica muscular y fibrosis de la adventicia; el endotelio de revestimiento era prominentemente (Figura 1). En el estroma adyacente había haces de fibras musculares lisas arregladas en un patrón arremolinado y que se disponían alrededor de los vasos sanguíneos (Figura 2). Se observó además infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. Con los hallazgos descritos se estableció el diagnóstico de angioleiomioma en fosa nasal izquierda. Un mes más tarde se practicó la excisión total de la lesión y en los cortes histológicos practicados se confirmó el diagnóstico de angioleiomioma.

Comentario

Duhig² reporta la recolección de la literatura de 7,687 casos de leiomioma según su ubicación correspondiendo el 96% al tracto genital femenino, 3% a la piel y el 1% a los demás órganos de la economía sin haber un solo caso en cavidad nasal. Otras revisiones importantes mencionan únicamente tres casos de leiomioma en cavidad nasal,^{3,4} algunos autores⁵ clasifican a los leiomiomas en tres tipos histológicos: simple, epiteloide y angioma. La edad más frecuente de presentación de la angioleiomioma es entre la cuarta y sexta décadas de la vida. Son poco sintomáticos presentándose con obstrucción nasal y escasa tendencia al sangrado, inclusive a la manipulación manual.

Se asocian a la presencia de pólipos nasales. Existen varias teorías acerca de la patogénesis de los angioleiomiomas como es la inflamación crónica, las hormonas estrogénicas, las anastomosis y malformaciones arteriovenosas. Probablemente su origen sea la capa media vascular.

El tratamiento es quirúrgico mediante su excisión total. Por lo general esto se realiza por vía



endonasal. En la literatura se reportan recurrencias.

En la angioleiomioma nasal debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las tumuraciones benignas de la cavidad nasal.

Referencias Bibliográficas

1. *A.G. Farman*: Benign Smooth Muscle Tumors. South African Medical Journal. 49: August 1975: 1333-1340.
2. *James T. Duhig M.D., et al.*: Vascular Leiomyoma. A Study of Sixty One Cases. Archives of Pathology. 68: October 1959 (424-430).
3. *Fu Yao-Shi Perzin. Karl H.*: Nonepithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx a clinicopathologic study. Cancer 35: 1975 (1300-1308).
4. *Maesaka, A.; Keyaki Y.*: Nasal angioleiomioma and leiomyosarcoma report of 2 cases. Otologia (Fukoka) 12. 1966 (42-47).
5. *Lattes Raffael, M.D.*: Tumors of soft tissues. Armed Forces Institute of Pathology Edit William H. Hartmann M.D. 1982 (60-65).

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

Rinitis: Resultados con tratamiento prolongado

Dra. Sofía Robles Miaja *
Dr. Juan Antonio Sordo Pérez **
Dr. Martín Cevallos Remes **
Dr. Bernardo Grobeisen Roudy *

Resumen. Se presenta un estudio retrospectivo de 188 pacientes vistos en forma ambulatoria con diagnóstico de rinitis y falla a tratamientos cortos se dividieron en tres grupos utilizando combinación de esteroide tópico antihistamínico o ambos en forma aislada, durante un mínimo de seis semanas. Mostramos los resultados obtenidos con los diferentes esquemas.

Summary. We present a retrospective study of 188 patients seen in ambulatory form with diagnosis of rhinitis with failure in their short treatment. We made three groups using as a treatment the combination of topic steroid and one antihistaminic in group I, antihistaminic in group II and a topical steroid in group III, during six weeks. We show the results of these different forms of treatment.

Palabras clave: Rinitis, dipropionato, de beclometasona, antihistamínicos.

Introducción

Los síntomas y signos de la rinitis son reconocidos fácilmente y están relacionados con los procesos de obstrucción nasal, hipersecreción de moco y estornudos con o sin síntomas conjuntivales. Sin embargo el establecimiento de un diagnóstico causal podría ser más difícil.

Las principales formas de rinitis son alérgica, vasomotora, infecciosa, medicamentosa, del embarazo y no alérgica crónica.

Las causas de la rinitis incluyen factores mecánicos, trastornos alérgicos del moco, trastornos de la función ciliar, deficiencia inmunitaria, factores granulomatosos, malignos, hormonales, irritantes, medicamentosos y emocionales.

Cualesquiera de estos factores produce daño a la mucosa y obstaculiza el drenaje mucociliar, lo cual permite que los microorganismos permanezcan en ellos durante el tiempo suficiente para alterar el propio sistema mucociliar mediante la elaboración y liberación de factores que exponen y desorganizan la fisiología normal de la nariz. Se presenta colonización microbiana de senos paranasales y nariz, tratando el huésped de eliminar esta flora, instituyendo una respuesta inflamatoria rápida, lo que inhibe todavía más el drenaje mucociliar. La respuesta inflamatoria se vuelve

* Interno de pregrado Hospital Español de México
** Servicio de Otorrinolaringología Hospital Español
* Trabajo presentado en las XIII jornadas médicas del Hospital Español.

crónica, daña la mucosa y se produce una enfermedad progresiva.¹

La vida moderna y el estado de contaminación de las grandes ciudades ha hecho que estos cuadros sean cada vez más frecuentes y resistentes a tratamiento. Son pacientes que presentan cuadros repetitivos, y que en un momento dado, el grado de severidad de su sintomatología llega a interferir con sus actividades diarias.

A menudo, el tratamiento de la rinitis sigue siendo un problema, a pesar de que en los últimos diez años se han introducido potentes fármacos para su control. Es difícil decidir que fármaco es la mejor elección para un paciente en especial.

Para obtener buenos resultados en el tratamiento de la rinitis es necesario comprender las reacciones que desempeñan un papel importante en la patogénesis, ya que podemos interactuar en diferentes niveles.

Específicamente, podemos intervenir en la eliminación de la causa de hiposensibilización, si se trata de una rinitis alérgica. La eliminación del alérgeno, si se conoce, debe ser el primer paso en el tratamiento de la rinitis alérgica, sin embargo, no siempre es posible lograrlo por completo.

La hiposensibilización (inmunoterapia o desensibilización), también específica, sólo es eficaz en la alergia al polen y al ácaro del polvo doméstico. No es de utilidad para otros alérgenos. El tratamiento debe ser continuado durante varios años con alta probabilidad de abandono por parte del paciente.

Casi siempre se requiere de un tratamiento sintomático, inespecífico, como lo es el cromoglicato disódico. Este es un fármaco estabilizador del mastocito, de aplicación local, sin efectos secundarios importantes. Sin embargo el polvo se dispersa mal en la nariz y a menudo es irritante. Su eficacia puede ser igualada a la obtenida con irrigaciones nasales; lo cual, podría deberse a que en la nariz, el leucocito basófilo desempeña un papel importante y, a diferencia con el mastocito, es relativamente insensible al cromoglicato disódico. Solamente se utilizan en casos leves de rinitis, sin que importe el alérgeno causal, si se trata de una rinitis alérgica. La obstrucción de la nariz representa un problema pues la dispersión del medicamento sería insatisfactorio.

Los antihistamínicos tienen su efecto sobre los receptores HI de la histamina que se encuentran

localizados principalmente en la pared vascular. Por medio de su efecto secundario anticolinérgico, algunos de ellos afectan las glándulas en la membrana mucosa de la nariz. Alivian los estornudos, rinorrea y prurito en nariz conjuntivas y orofaringe. Las drogas, en caso de que se tratara de una rinitis alérgica, son menos efectivas cuando el alérgeno es más abundante, cuando la exposición a los mismos es prolongada y cuando la congestión nasal es prominente.

En la rinitis vasomotora perenne, los antihistamínicos poseen un valor limitado. Los posibles efectos secundarios de estos fármacos es la somnolencia por depresión del sistema nervioso central.²

Los simpaticomiméticos tienen efectos vasoconstrictores potentes y descongestionan las mucosas. Son aminas simpaticomiméticas de acción alfa receptora; causan moderada vasoconstricción y palidez cuando se aplican en mucosas nasales y faríngeas. Son útiles para el tratamiento de congestión de mucosas en la rinitis, sinusitis o catarro común.

La principal desventaja de las drogas simpaticomiméticas es el efecto de "rebote" que presenta. Esto es, a causa de su uso prolongado, ocasiona "post-congestión" y rinitis crónica, impidiendo de esta manera el control adecuado debido a la congestión nasal tan importante que provoca.

La eficacia de aplicaciones locales de vasoconstrictores simpaticomiméticos para producir vasoconstricción en la mucosa nasal ha llevado al uso de aminas que tengan este efecto cuando se dan por vía oral. Como los vasos de la mucosa nasal no son más sensibles que todos los demás a estas drogas, es de esperar que dosis orales suficientes para aliviar la congestión nasal produzcan vasoconstricción de otros lechos vasculares.

El bromuro de ipratropio, es un fármaco anticolinérgico de aplicación local, parece tener un fuerte efecto sobre los receptores colinérgicos de las glándulas de la mucosa nasal, por lo tanto puede ser útil para el tratamiento de la rinorrea.³

Los corticoesteroides poseen un efecto anti-alérgico, como lo son el dipropionato de beclometasona, la flunisonida y la budisonida aplicados localmente. Se utilizan en dosis terapéuticas no tienen efectos secundarios sistémicos. Los esteroides locales están indicados en cualquier caso

de rinitis ya sea en su forma leve o severa. Si la nariz está obstruida, puede añadirse temporalmente un fármaco descongestionante, para lograr mejor efecto terapéutico.⁴

Como nos hemos podido dar cuenta, no hay una solución sencilla en el tratamiento del paciente con rinitis. Este depende de la severidad de la misma, la presentación de los síntomas y las posibles complicaciones; así como el medio ambiente social y biológico, la edad, el tiempo de evolución, etc.

Por este motivo decidimos realizar un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal de los pacientes vistos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Español de México, revisando su sintomatología, tiempo de evolución y forma de tratamiento; así como los resultados obtenidos y cual fue el tratamiento más eficaz y adecuado para el control de la rinitis.

Material y Métodos

Se revisaron 275 pacientes vistos en el servicio de ORL y CCC del Hospital Español de México, entre marzo de 1988 y mayo de 1991.

Tipo de estudio: retrospectivo, descriptivo, longitudinal, observacional y abierto.

Criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos de 0-90 años de edad con signos y síntomas de rinitis de por lo menos 8 meses de evolución.

Criterios de exclusión: Se excluyeron todos aquellos pacientes que no tuvieron seguimiento mínimo de 4 meses; así mismo, los que tenían

diagnóstico de reflujo gastroesofágico comprobado, desviación naso-septal obstructiva, hipertrofia adenoamigdalina, o cualquier patología que requería tratamiento quirúrgico. En todos los pacientes menores de 10 años de edad, se tomó radiografía lateral de rinofaringe para descartar hipertrofia adenoidea.

Se obtuvo un total de 188 pacientes siendo el menor de 4 años y el mayor de 86 años de edad (promedio 42.2 años).

Los síntomas principales fueron (Tabla I) rinorrea, congestión nasal, estornudos y tos. Los signos observados con mayor frecuencia fueron (Tabla II) caída de moco post-nasal, palidez de mucosas, hipertrofia de cornetes y faringitis.

De los 188 pacientes revisados con diagnóstico de rinitis se excluyeron los pacientes que requerían tratamiento quirúrgico, restando 168 pacientes quienes fueron tratados médicamente por un mínimo de seis semanas; instituyéndose como tratamiento tres esquemas:

Grupo I: Dipropionato de beclometasona (400 microgramos al día, en aerosol; una atomización de 50 microgramos en cada fosa nasal dos veces al día) más un antihistamínico (astemizol 10 miligramos al día terfenadina 120 mg al día o bien clorfenamina 4 mg al día en 99 pacientes (58.9%).

Grupo II: Antihistamínicos (los ya mencionados) en 60 pacientes (35.7%).

TABLA I

SINTOMAS:	
Rinorrea	78.7%
Congestión nasal	71.2%
Estornudos	59.5%
Tos	32.1%
Resequedad nasal	14.3%
Prurito	13.8%
Abuso de vasoconstrictor	6.6%
Cefalea	3.1%
Hiposmia	2.6%
Conjuntivitis	2.6%

TABLA II

SIGNOS:

Caída de moco post-nasal	51.5%
Palidez de mucosas	38.2%
Hipertrofia de cornetes	14.8%
Faringitis	14.3%
Disfunción tubaria	10.6%
Sinusitis	9.5%
Hipertrofia amigdalina	9.1%
Mucosa hiperémica	4.2%
Otitis media serosa	2.1%
Poliposis nasal	2.1%

Grupo III: Dipropionato de beclometasona (misma dosis) en 9 pacientes (5.3%).

Los antecedentes más importantes en los grupos de edad avanzada fueron diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial sistémica y depresión. Los pacientes pertenecientes a las primeras décadas de la vida no presentaron antecedentes de importancia.

En promedio, el tiempo de evolución de su padecimiento fue de ocho meses, sin mejoría completa con tratamiento a corto plazo. En todos los pacientes se realizó una exploración física inicial, una o dos consultas subsecuentes y su seguimiento fue por un mínimo de cuatro meses posteriores al protocolo en que fueron incluidos.

Las variables utilizadas fueron de carácter cualitativo, tales como rinorrea, estornudos, congestión nasal, prurito, tos, palidez de mucosas, hipertrofia de cornetes, disfunción tubaria y demás signos y síntomas encontrados en cada paciente. No fue posible medir estas variables por unidades específicas debido a su valor subjetivo.

Resultados

Se pudo observar que, tras el tratamiento prolongado instituido en los 168 pacientes estudiados, el mejor control de los síntomas y signos de la rinitis se obtuvo en el Grupo I, utilizando la combinación del esteroide tópico más un antihistamínico, con una remisión de la sintomatología en el 77.7% de los pacientes. En el Grupo II el 51.6% se encontraron asintomáticos y en el 20% no se encontró mejoría. En el Grupo III el 55.5% estuvieron asintomáticos durante el seguimiento (Tabla III).

En todos los pacientes el seguimiento mínimo fue de cuatro meses, libres de toda molestia y con una exploración física prácticamente normal. El porcentaje de pacientes sin mejoría fue mayor en el Grupo II, tratados con antihistamínicos solamente, seguidos por el Grupo I; en el Grupo III,

todos los pacientes lograron por lo menos alguna mejoría de su sintomatología.

No se observó en los pacientes de edad que los antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial sistémica o trastornos psiquiátricos con tratamiento prolongado influyeran en los resultados obtenidos con cada esquema terapéutico; ni siquiera con el uso crónico de antidepresivos tricíclicos que, como es sabido, provocan una rinitis de tipo medicamentosa.

Es de notar que los medicamentos que controlaron mejor los signos y síntomas de la rinitis en los menores de edad fueron los antihistamínicos. A partir de la segunda década de la vida, se logró un control más efectivo con el uso de dipropionato de beclometasona más un antihistamínico, con remisión de la sintomatología por periodos largos; sin embargo, pacientes de mayor edad se encontraron asintomáticos con el uso exclusivo de dipropionato de beclometasona, teniendo mejor efectividad que en los pacientes de mediana edad tratados con el mismo esquema.

No se sabe la razón por la cual ninguno de los tratamientos instituidos fue eficaz para el control de la rinitis en los pacientes de 81 a 90 años de edad. Consideramos que esto nos motiva para buscar la causa y que sea el estímulo para la realización de estudios posteriores.

Discusión

La rinitis, en general, se presenta como en un cuadro de congestión nasal, rinorrea, estornudos y prurito nasal, conjuntival y faríngeo. El determinar la causa exacta nos lleva a métodos caros y prolongados y la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico se realiza por exclusión tras observar la respuesta a tratamiento empírico.

El paciente, en la mayoría de los casos, a pasado por ellos y su mayor preocupación es la resolución de la sintomatología. La rinitis alérgica se presenta en individuos atópicos, con ante-

TABLA III

	ASINTOMATICOS	MEJORIA MODERADA	MEJORIA LEVE	SIN MEJORIA
GRUPO I	77.7%	12.12%	5.05%	5.05%
GRUPO II	51.6%	10.0%	18.33%	20.0%
GRUPO III	55.5%	33.3%	11.1%	—

cedente personal alérgico; expresado con dermatitis eccematosa, urticaria y/o asma. Aparece antes de la cuarta década de la vida y tiende a disminuir gradualmente con la edad. Los factores etiológicos encontrados con mayor frecuencia son el polen, el polvo y materiales procesados o químicos en industrias. Lo mismo ocurre en la rinitis vasomotora, donde los irritantes nasales inicia el cuadro clínico.^{5,6}

La mucosa nasal se encuentra pálida e ingurgitada, existe edema de cornetes y membranas mucosas que condicionan obstrucción de ostiums y trompa de Eustaquio, facilitando infecciones de senos paranasales y oído medio.

En la rinitis alérgica, a pesar de que la interacción inicial ocurre entre el alérgeno y los mastocitos intraepiteliales, sensibilizados con IgE específico; los mastocitos se localizan en la superficie de la mucosa y son reclutados secundariamente. Las biopsias muestran edema submucoso, con infiltrado predominante de eosinófilos y de algunos polimorfonucleares. La superficie de la mucosa contiene IgA e IgE, que aparentemente llegan por difusión de células plasmáticas, distribuidas en la proximidad de la superficie mucosa. La IgE se fija a los mastocitos en la mucosa y submucosa. También se encuentran basófilos que liberan histamina en respuesta a concentraciones menores, en enfermedades clínicas más severas.⁷

El dipropionato de beclometasona es un esteroide sintético, con potente actividad anti-inflamatoria, asociada con la propiedad de una rápida degradación enzimática, a un metabolito menos activo, lo cual disminuye efectos secundarios sistémicos. La introducción de un átomo 6-alfa-cloro, hace que el efecto mineralocorticoide casi desaparezca, al mismo tiempo que aumenta el efecto glucocorticoide de la beclometasona. No afectan a la liberación de histamina, ni compite con sus receptores en el órgano blanco. No deprime la producción de anticuerpos ni interfiere con la unión antígeno-anticuerpo. Sin embargo la mejoría clínica coincide con la eosinopenia inducida.⁸

Es sabido que en dosis usuales de 400 microgramos al día de dipropionato de beclometasona intranasal por periodos de dos semanas hasta de un año no deprime la función suprarrenal.⁹ Así mismo, los estudios histológicos de mucosa nasal en pacientes tratados hasta por seis años, con dipropionato de beclometasona intranasal, no

hubo evidencia de atrofia o de alteración morfológica. Todos los investigadores reportan que el examen histológico de mucosa nasal, tras el uso prolongado de este esteroide, reveló una mejoría de las alteraciones histológicas observadas en la rinitis alérgica; sobre todo lo que respecta a las reducciones en la extensión del edema y eosinofilia tisular, sin ninguna alteración adversa.^{10,11,12}

El efecto terapéutico del dipropionato de beclometasona en la rinitis estacional a menudo empieza antes del segundo día. El beneficio máximo se presenta hasta la segunda semana de haber iniciado el tratamiento. El efecto residual significativo después de discontinuar el medicamento puede variar de uno a siete días. En la rinitis perenne el fármaco reduce en forma significativa los síntomas a la tercera semana de tratamiento.^{13,14,15,16,17}

La combinación del esteroide nasal más un antihistamínico es más efectiva para el tratamiento de la rinitis.¹⁸

Los pacientes con congestión nasal importante no responden de igual manera, pues el aerosol no puede penetrar hasta el sitio de acción en la mucosa. En este caso, la congestión puede ser eliminada antes por antihistamínicos, simpaticomiméticos locales e incluso esteroides sistémicos, ya que el contacto del esteroide con la mucosa nasal es indispensable para su efecto terapéutico.

Conclusiones

Pretendemos demostrar los resultados obtenidos con este tratamiento y hacer hincapié en la necesidad de elaborar estudios más completos.

Durante la revisión de la literatura y con los resultados obtenidos durante este estudio nos dimos cuenta que la asociación de un esteroide intranasal más un antihistamínico es mucho más efectivo para el control de los signos y síntomas de la rinitis que, algunos de los dos fármacos utilizados en forma aislada.

El esteroide tópico es efectivo para el control de los síntomas nasales y los antihistamínicos son más efectivos para el control de los síntomas oculares, integrando de esta manera el tratamiento más adecuado para el control de la rinitis.

Hay que tomar en cuenta de que es necesario asociar el dipropionato de beclometasona con un descongestionante tópico si la congestión nasal

es importante para lograr un efecto terapéutico satisfactorio. Los pacientes con evidencia con enfermedad mediada por IgE pueden tener mayor probabilidad de responder a este tratamiento.

Consideramos que es una buena alternativa para el control de los síntomas y signos de la rinitis, ya que el encontrar al agente causal, indispensable para un buen diagnóstico, es difícil; por ser prolongado, de alto costo e incómodo para el paciente; además de que, el tratamiento con la hiposensibilización sólo se logra una mejoría no mayor del 40%.

Referencias Bibliográficas

1. *Cummings Ch; Fredrikson J; Harker L; Krause C; Schuller D.*: Otolaryngology head and neck surgery. 1986. 36: 651-676.
2. *Goodman A; Goodman L; Rall T; Murad F.*: Las bases farmacológicas de la terapéutica. 1986. 26: 577-607.
3. *Jessen et al.*: Treatment of non allergic nasal nipersecretion with ipatropium and beclometasone. Rhinology. 1990. 28: 77-81.
4. *Swendsen U.*: Beclomethasone dipropionate versus flunisonide as topical steroid treatment in patients with perennial rhinitis. Clin otolaryngol. 1989. 14: 441-445.
5. *Pumares M.*: Allergic rhinitis: diagnosis and clinical evolution. Acta otorrinolaryngol esp. 1988. 39: 319-322.
6. *Staner DP.*: Nasal physiology and inflammatory mediators during natural exposure. Am allergy. 1990. 65: 206-210.
7. *Patriark D.*: Nasal secretion specific IgE in rhinitis patients. Allergol inmuopathol. 1990. 18:1-4.
8. *Onda T; Nakagura T.*: Drug effects on antigen-induced release of molecular weight neutrophil chemotactic activity and histamine in nasal secretion from children with allergic rhinitis. Allergy proc. 1990. 11: 235-240
9. *Farc BM.*: Arandomized controlled trial of glucorticoid prophylaxis apairs experimental rhinovirus infection. Infec dis. 1990. 162:1173-77.
10. *Farrer M.*: Morning serum cortisol concentrations after 2 mgs inhaled beclometasone dipropionate in normal subjectas. Allergy, 1990. 45: 740-742.
11. *Brown PH.*: Do large volume space devices reduce the sistemic effects of high dose inhaled corticosteroids. Thorax. 1990. 45: 756-739.
12. *Freigang B.*: Adrenal cortical function after long term beclometasone aerosol therapy in early childhood. Amm allergy. 1990. 64: 342-344.
13. *Hynes B.*: The evaluation of intranasal topical beclometasone spray in the treatment of children with non-purulent rhinitis using rhinometric cytologic and symptomatologic assesment. J otolaryngol 1989. 18: 151-154.
14. *Fournier H.*: Tolerance branchique o l'inhalation de beclometasone estudie histologique et microbiologique chez l'astmatique. Press med. 1990. 29: 1441-1444.
15. *Daw UH.*: efficacy and safety of intranasal budesonide in the tx of perenneal rhinitis in adults and children. Ann allergy. 1990. 04: 443-450.
16. *Kanan D.*: Rhinomanometric evaluation of two nasal steroid sprays rhinitis. Otolaryngol head and neck surg. 1989. 101: 429-433.
17. *Wurthwein Q.*: Activation of beclomethasone dipropionate by hydrolysi to beclomethasone 17 monpropionate. Biopharm drug disp. 1990. 11: 381-394.
18. *Juniper L.*: Comparison of beclomethasone dipropionate aqueous nasal spray, astemizole, and the combination in the prophylactic treatment of ragweed pollen-induced rhinconjunctivitis. J. allergy clin inmunol. 1989. 83: 627-633.

Estudio comparativo de taponamiento nasal

Dr. Jaime Fandiño Izundegui *

Dr. César Alfonso Gutiérrez Espinoza **

Dra. Norma Karina López Sanabria ***

Resumen.- El taponamiento nasal es un método de rutina en la cirugía rinológica: su uso se ha prestado a múltiples controversias, debido a la posibilidad de complicaciones o reacciones secundarias. Realizamos el presente estudio comparando el tiempo de colocación de taponamiento de gasa en periodos que van de 2 a 7 días y se observó que se obtienen los mismos resultados en taponamientos empleados por corto tiempo que en un periodo largo, y además se disminuyen notablemente las reacciones indeseables.

Summary.- Nasal packing is considered routine at nasal and septal surgery. Controversial effects have been involved in its usage because of secondary reactions and complications. Gauze nasal packing time was compared in periods of 2 - 7 days, and same results were given either short or long periods. Non desirable reactions were reduced.

Palabras clave: Taponamiento nasal, septoplastia, rinoseptoplastia.

* Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del H.R. 20 de Noviembre ISSSTE.

** Médico Residente de Tercer Año de Orl, H.R. 20 de Nov, ISSSTE.

*** Médico Residente de Primer Año Orl, H.R. 20 de Nov, ISSSTE.

Introducción

A lo largo de la historia de la cirugía nasal se ha utilizado taponamiento nasal de diversos materiales, con el fin de disminuir algunas complicaciones como son; hematomas, edema, y deformidades septales post-quirúrgicas.^{1,2,3,4,5} sin embargo, el uso de éste, no está exento de efectos secundarios como mal olor de nariz, sequedad de garganta, ansiedad secundaria a la obstrucción nasal, la hipoxemia la cual actualmente se encuentra en discusión^{1,7,8} y el choque séptico en algunas circunstancias.^{9,10}

Ha surgido la inquietud de diversos investigadores de disminuir el tiempo del taponamiento nasal para así eliminar los inconvenientes del mismo; aun en cirugías nasales elaboradas como rinoseptoplastia.^{3,4,6}

Algunos cirujanos no utilizan el taponamiento sustituyendo éste por suturas transeptales con o sin una férula de material plástico:^{6,3} teniendo en cuenta que se deben de reunir condiciones como un buen manejo de los tejidos blandos, el cierre adecuado de todas las incisiones, el uso de instrumentos adecuados como: los cinceles sin guarda, los cuales disminuyen el riesgo de desgarre de periostio y de tejidos blandos.⁶

Para disminuir el peligro de sangrado se debe investigar acerca de discrasias sanguíneas y del

REACCIONES SECUNDARIAS GRUPO 1		
Reacciones 2as.	No. de pacientes	%
Mal olor nasal	15	100
Ansiedad	15	100
Sequedad de garganta	15	100

uso de medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos (ácido acetil salicílico) o antihistamínicos; y en caso del empleo de los mismos se deben suspender dos semanas antes de la cirugía.⁶

Los estudios hemorragíparos deben incluir: Tp, Tpt, tiempo de sangrado y cuenta de plaquetas.⁶

El presente estudio utiliza el taponamiento nasal retirado a diferente periodo de tiempo 7, 5 y 2 días.

Material y Métodos

Se escogieron 45 pacientes, 32 mujeres y 13 hombres, con un rango de edad de 16 a 45 años con un promedio de 24 años, a los cuales se les realizó rinoseptoplastía, y a todos se les colocó taponamiento con gasa.

Se dividieron en tres grupos, cada grupo de 15 integrantes, al grupo 1 se le dejó el taponamiento durante 7 días; al grupo 2 el taponamiento se retiró a los 5 días; y al grupo 3 se les colocaron puntos transeptales, dos en área IV y dos en área II, y el taponamiento se retiró a los dos días.

REACCIONES SECUNDARIAS GRUPO 2		
Reacciones 2as.	No. de pacientes	%
Mal olor nasal	7	46.6
Ansiedad	8	53.3
Sequedad de garganta	15	100

REACCIONES SECUNDARIAS GRUPO 3		
Reacciones 2as.	No. de pacientes	%
Mal olor nasal	0	0
Ansiedad	0	0
Sequedad de garganta	0	0

COMPLICACIONES GRUPO 1		
Complicación	No. de pacientes	%
Hemorragia	0	0
Hematomas	0	0
Deformidades post-quirúrgicas	0	0

Los tres grupos de pacientes tuvieron un seguimiento a cuarenta días post-operatorios. A todos los pacientes se les suturaron todas las incisiones, y las cirugías fueron realizadas por el mismo cirujano.

Resultados

Del grupo 1 (siete días de taponamiento) no se presentó ninguna complicación, únicamente la queja de los pacientes del mal olor y resequedad de garganta, así como ansiedad en todos los pacientes por el tapón nasal.

Del grupo 2 (5 días de taponamiento) un enfermo únicamente presentó un hematoma septal al sexto día de post-operatorio, el cual se drenó y no presentó ninguna otra complicación, siete pacientes se quejaron de mal olor y ocho de ansiedad.

Del grupo 3 (los días de taponamiento más puntos transeptales) no se presentaron complicaciones ni hubo quejas de ansiedad ni de fetidez nasal, no hubo hematomas, edemas ni desviaciones septales post-quirúrgicas.

COMPLICACIONES GRUPO 2		
Complicación	No. de pacientes	%
Hemorragias	0	0
Hematomas	1	6.6
Deformidades post-quirúrgicas	0	0

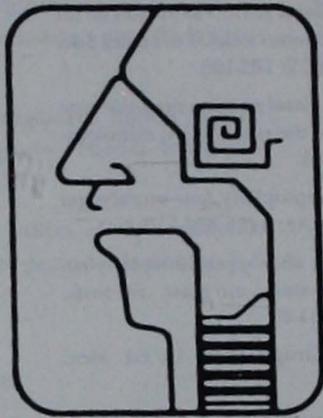
COMPLICACIONES GRUPO 3		
Complicación	No. de pacientes	%
Hemorragias	0	0
Hematomas	0	0
Deformidades post-quirúrgicas	0	0

Conclusiones

En nuestro estudio se sugiere que el taponamiento nasal utilizado en corto tiempo tiene la misma utilidad que el empleado en un periodo largo; además que se reducen los efectos secundarios tales como: ansiedad, sequedad de garganta y el mal olor nasal, así mismo el paciente queda con una sensación de bienestar.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Velázquez V.F.; De La Garza H.H.: Valoración de un nuevo tipo de taponamiento nasal. En: anales Soc. Mex. Otorrinolar. 1990, 2: 102-106.
- 2.- Watson, M.G.; y Cols.; *Nasal surgery*: does the type of nasal pack influence the result?. en: rhinology. 1989 Jun 27 (2): 105-111.
- 3.- Beekhuis, G.J.: Nasal septoplasty. en: otoralyngol clin.north. Am.; 1973 Oct; 6 (3): 693-710
- 4.- Buyuron, B.: Is packing after septorhinoplasty necessary? a randomized study. en: plast. reconstr. surg., 1989 Jul; 84 (1): 41-44
- 5.- Alatorre, S.G. y Col.: Cirugía nasal. La Ed. Mex. 1985.
- 6.- Reiter D; y Cols.: Alternatives to packing in septorhinoplasty. En: Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg; 1989 Oct; 115 (10): 1203-1205.
- 7.- Yet, T.L., y Col.: Arterial hipoxemia in patients with anterior and posterior nasal packing. En: Laryngoscope: 1979; 89: 140-144.
- 8.- Slocum, C.W.; y Col.: Arterial blood gas determination in patients with anterior packing. Laryngoscope 1976: 86:669-873.
- 9.- Barbour, S.D., y Col.: Toxic shock syndrome associated with nasal packing: analogy to tampon-associated illness. Pediatrics. 73: 163,1984.
- 10.- Jacobson, J.A., y Col.: Toxic shock syndrome after nasal surgery: case reports and analysis of risk factors. En: Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 112: 329,1986.



Notas e informaciones

CONGRESO NACIONAL

El XLIII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello se celebrará en el H. Puerto de Veracruz, Ver., del 1o. al 5 mayo de 1993. Desde ahora, el presidente del Comité Organizador Dr. Mario Barrón Soto, nos invita al que seguramente será un magnífico Congreso.

Informes:
SMORLYCCC
Eugenia 13-403
03810 México, D.F.
Tel: 543-93-63

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. C y \$ 875.00 para residentes.

Las fechas de los cursos serán los siguientes: 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

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. tímpanoplastía, 2. patología y alergia 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

CURSOS EN ESPAÑA

EL XLVII Curso de microcirugía del oído y disección del hueso temporal, se celebrará en Barcelona del 29 de junio al 4 de julio de 1992 y el XLVIII en noviembre de 1992.

También en Barcelona y durante el mes de noviembre se desarrollará el XX Curso de disección y microcirugía de los senos paranasales dirigido por el Dr. F. Bagatella.

Informes de ambos cursos en:
Instituto de Otología García-Ibáñez
C/. Dr. Roux, 91 bajos
08017 Barcelona, España
Tel: 205-0204

CIRUGIA OTOLOGICA

El Colegio Nacional de Médicos Militares, la Fundación Portmann Internacional, Capítulo Mexicano y la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y CCC presentan el curso de cirugía otológica y disección del hueso temporal bajo la dirección del Dr. Guillermo F. Quiróz Torres el cual se realizará del 12 al 18 de junio de 1992 en el Auditorio del Sanatorio Durango.

Informes: Srita. Ma. Teresa Alzua
Durango 290-408
286-2474 y 211-0356
México, D.F.

TALLER DE COMPUTACION

La Universidad Lasalle con el aval de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello realizarán en las instalaciones de la Escuela Mexicana de Medicina de la Universidad Lasalle un taller práctico de introducción al uso de las computadoras para médicos otorrinolaringólogos la tarde del viernes 12 y la mañana del 13 de junio de 1992. Los profesores del taller

son los Dres. Héctor de la Garza y Rafael García Palmer. La asistencia es limitada a 15 alumnos.

Informes:

Dr. Héctor de la Garza
Calderón de la Barca 350 3er. piso
250-0697 545-5851 254-4233

FESORMEX

La FESORMEX nos informa de sus próximos cursos: VII Curso teórico-práctico de cirugía del hueso temporal en la ciudad de Guadalajara, bajo la coordinación del Dr. José Sánchez Gil en junio de 1992. El VIII Curso de rinología avanzado coordinado por el Dr. Salvador Pérez Paniagua en julio de 1992, también en Guadalajara. El curso de Cáncer laríngeo, glándulas salivales, senos paranasales y cavidad oral, coordinado por el Dr. Roberto Dávalos V. en Morelia en agosto de 1992 y el curso de broncoscopía, laringoscopia, nasofaringoscopia, cuerpos extraños y cirugía con rayos láser en Tampico, Tamaulipas coordinado por el Dr. Antonio Alcazar Pineda en septiembre de 1992.

DIRECTORIO DE SOCIOS S.M.O.R.L. Y C.C.C.

DR. ABUD NEME FOZE

Dirección: Insurgentes Sur No. 686 8o. Piso
Col. Del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfonos: 652 3011, 652 0422, 223 2082,
536 1841

DR. ABUD GONZALEZ GABRIEL

Dirección: Priv. de Nabor Carrillo No. 7
Col. Olivar de los Padres
México, D.F. C.P.: 01780
Teléfonos: 595 40 01

DR. AGUILAR PEREYRA OSCAR

Dirección: Zaragoza No. 37 Norte
Centro
Los Mochis, Sin. C.P.: 81200
Teléfonos:

DR. ALATORRE SANCHEZ**DE LA B. GUILLERMO**

Dirección: Eugenio Sue No. 355-501
Col. Polanco Reforma
México, D.F. C.P. 11550
Teléfonos: 545 49 29, 545 70 60 al 70

DRA. ALAVEZ SANTOS OLGA MARIA

Dirección: Real del Monte No. 300
Industrial
México, D.F. C.P.: 07800
Teléfonos: 577 69 52, 534 80 60

DR. ALCALA BARRIOS PABLO

Dirección: Calle Oso No. 127 - 211
Del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfono: 598 07 59

DR. ALCAZAR PINEDA ANTONIO

Dirección: Altamira No. 221 Poniente
Tampico, Tamps. C.P.: 89000
Teléfono: 201 25

DR. ALEMAN MARTINEZ**LUIS RODOLFO**

Dirección Leandro Valle No. 130
Alamitos
San Luis Potosí, S.L.P. C.P.: 78280
Teléfono: 454 41

DR. ALGARIN HERNANDEZ JOSE

Dirección: Federalismo Nte. No. 497 2o. Piso
Guadalajara, Jal. C.P. 44690
Teléfono: 26-0119

**DRA. ALLEN VAZQUEZ FLORA
ELIZABETH**

Dirección: Protasio Tagle No. 43-3
San Miguel Chapultepec
México, D.F. C.P. 11850
Teléfonos:

DR. ALONSO GUTIERREZ ESAUL

Dirección: Av. México No. 2819-102
Guadalajara, Jal. C.P. 44690
Teléfonos: 15 46 69 y 15 78 30

**DR. ALVAREZ BALBAS JORGE
FEDERICO**

Dirección: 39 Oriente No. 1214-3er. Piso
Anzures
Puebla, Pue. C.P.: 72530
Teléfono: 43 76 43

DR. ALVA URBINA RAYMUNDO

Dirección: Netzahualpilli No. 19
Col. Arenal
México, D.F. C.P.: 15600
Teléfono: 658 30 30

DR. AMADOR DURAN JOSE MARTIN

Dirección: Av. Serdán
No. 690-Bis Cons. 33
Guaymas, Son. C.P.:
Teléfonos: 236 84 y 222 60

DR. AMATON TABARES REYES
Dirección: Niños Héroes No. 730 Nte.
Centro Torreón Coah. C.P.: 27000
Teléfono: 13 82 76

DR. AMAYA REZA SALVADOR
Dirección: Colonia de Las Termas No.74
Boulevares Residenciales
Naucalpan, Edo. de Méx. C.P.: 53140
Teléfono: 584 78 14

**DR. ANCHONDO AMEZCUA
COSME BENITO**
Dirección: Hidalgo No. 287 Oriente
Esq. con Corona
Culiacán, Sin. C.P.: 80000
Teléfonos: 91671 y 39010

DR. ANDRADE GALLEGOS RAFAEL
Dirección: Fernando Montes de Oca
No. 8 P.B.
Col. Condesa
México, D.F. C.P.: 06140
Teléfono: 256 31 43
RADIO URG. 395 81 33 C-16476

DR. ANDRADE PRADILLO JUAN
Dirección: Juan Escutia No. 79
Col. Condesa
México, D.F. C.P.: 06140
Teléfonos: 553 29 73, 553 37 15

DR. ANDREW RODRIGUEZ GENARO
Dirección: Boulevard 18 Sur No. 5907
Col. San Manuel
Puebla, Pue. C.P.: 72550
Teléfono: 457917

**DRA. ANGELES CORNEJO
SONIA ARACELI**
Dirección: Plan de Guadalupe No. 249
Fracc. Constitución
Pachuca, Hgo. C.P.: 42080
Teléfonos: 3 41 78, 534 60

DR. APONTE RUEDA MARCO ANTONIO
Dirección: Boulevard Benito Juárez No. 705
Desp. 11 Centro
Cuernavaca, Mor. C.P.: 60900
Teléfono: 12 74 40

DR. ARAIZA AINSA ARMANDO
Dirección: Hospital Español
2a. de Aruba No. 19

Las Américas
Naucalpan, Edo. de Méx. C.P.: 53040
Teléfono: 363 02 14

DR. ARAMBURO TIRADO LUIS ENRIQUE
Dirección: Paseo Lomas Altas No. 467 Casa 4
Fracc. Lomas Altas
Guadalajara, Jal. C.P.: 45120
Teléfonos: 477 479, 334 453

DR. ARANDA TORRES BENJAMIN
Dirección: Blv. López Mateos No. 811 - 9
Centro
León, Gto. C.P.: 37000
Teléfono: 313 02

**DR. ARANGO DELGADO
JORGE ENRIQUE**
Dirección: Carrera 34 No. 42 - 72
Bucaramanga, Columbia C.P.:
Teléfono: 71201

**DR. ARCUATE VELAZQUEZ
FERNANDO FEDERICO**
Dirección: Ignacio M. Altamirano No. 18
Col. San Rafael
México, D.F. C.P.: 06470
Teléfonos: 535 24 29, 294 52 62 y 535 41 55

DR. ARCOS GARDUÑO MIGUEL ANGEL
Dirección: Arista No. 24
Col. Guerrero
México, D.F. C.P.: 06300
Teléfono: 252 00 27

DR. ARELLANO ROMERO LUIS ARTURO
Dirección: Norberto Aguirre y Jesús García
Centro Clínica Sta. Mónica
Hermosillo Son. C.P.: 83000
Teléfonos:

**DRA. ARMINIO BARRIOS
MA. SILVIA CORAL**
Dirección: Mirasoles No. 24 Casa 2
Col. Bugambillas
Puebla, Pue. C.P.: 72570
Teléfono: 330226

**DR. ARRIAGA ROSALES
FRANCISCO FELIPE**
Dirección: Zacatecas No. 292 Norte
Centro
Tepic, Nay. C.P.: 63000
Teléfonos: 28 212 y 24 876

DR. ARRIETA GOMEZ JOSE REFUGIO

Dirección: Querétaro No. 147-905
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 584 79 70

DR. AVENDAÑO SANTIAGO TOBIAS

Dirección: García Vigil No. 317
Centro
Oaxaca, Oax. C.P. 68000
Teléfono: 638 36

DR. ARRIOJA LIMA MANUEL

Dirección: Insurgentes Sur No. 300-609
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos:

DR. AVILA LOZADA ARTURO

Dirección: Ejército Nacional No. 617
Desp. 702 Col. Granada
México, D.F. C.P. 11520
Teléfonos: 545 0672, 250 5290

**DR. ARROYO CASTELAZO
MIGUEL ANGEL**

Dirección: Tehuantepec No. 204
3er. Piso
Col. Roma Sur
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfonos: 574 93 27, 592 40 77, 655 72 47

DR. AVILES DE ARELLANO ANA MARIA

Dirección: 6 de Diciembre
Quito, Ecuador C.P.
Teléfonos:

**DR. ARROYO CASTELAZO JOSE
ANTONIO**

Dirección: Tehuantepec No. 204
1er. Piso
Col. Roma Sur
México, D.F. C.P. 06760
Teléfono: 574 9327

DR. AYALA VILLEGAS VICENTE

Dirección: Clínica Lucerna
Gastón Madrid No. 28 Planta Baja
Centro
Hermosillo, Son. C.P. 83000
Teléfonos: 17 20 76 Dom. 16 52 19

**DR. ARROYO YABUR RAFAEL
GERARDO**

Dirección: Sarlat No. 240
Centro
Villahermosa, Tab. C.P.: 86000
Teléfonos:

DR. AYORA ROMERO MARCO FIDEL

Dirección: Durango 49 - 7º Piso
Col. Roma del Cuauhtemoc
México, D.F. C.P. 06700
Teléfonos: 524 30 41, 533 60 04

DR. ASCH GAISTROVSKY JAIME

Dirección: Ejército Nal. No. 650-202
Col. Polanco
México, D.F. C.P.: 11560
Teléfonos: 520 09 22, 250 62 33

DR. AZCARATE RANGEL CESAR

Dirección: Luz Saviñón No. 522
Col. Del Valle
México, D.F. C.P. 03100
Teléfonos: 687 67 35, 687 39 40

DR. ASCH RABINOVICH ADIEL

Dirección: Ejército Nacional No. 650-202
Col. Polanco
México, D.F. C.P.: 11550
Teléfonos: 250 62 33, 533 67 22
Clave 82A395 40 58

DR. AZUARA PLIEGO ENRIQUE

Dirección: Puente de Piedra 150 - 822
Col. Torriello Guerra
México, D.F. C.P. 14050
Teléfonos: 606 74 09, 606 01 99 y 606 22 79
Ext. 2829

DR. AZUARA SALAS TOMAS

Dirección: Puente de Piedra 150 - 822
Col. Torriello Guerra
México, D.F. C.P. 14050
Teléfonos: 655 28 28, 655 73 38

DR. ASTORGA DIAZ RIGOBERTO

Dirección: Av. López Mateos Nte. No. 343
Cir. Guevara Sec. Hidalgo
Guadalajara, Jal. C.P.: 44680
Teléfono: 157804

DR. BALANZARIO ROSAS ISAIAS

Dirección: Reforma No. 250 - 203
Col. Juárez
México, D.F. C.P. 06600
Teléfono: 511 91 97

**DR. BALDERAS CAVAZOS
MANUEL ANTONIO**
Dirección: Vista Boulevard No. 144
Col. Lindavista
Cd. Guadalupe, N.L. C.P. 67130
Teléfonos: 774 443

**DR. BATRES MIRANDA
MANUEL ANTONIO**
Dirección: Final Calle Eucaliptos 11
Col. Las Mercedes
San Salvador, Rep. del Salvador C.A. C.P.
Teléfono: 235 775

DRA. BALEDON SANCHEZ MERCEDES
Dirección: Pitágoras No. 826
Col. del Valle
México, D.F. C.P. 03100
Teléfono: 523 0396

DR. BEJAR ROJAS IGNACIO
Dirección: Nueva York No. 32 7º Piso
Col. Nápoles
México, D.F. C.P. 03810
Teléfonos: 536 41 00 y 593 00 06

DR. BARAN MARGOLIS NATHAN
Dirección: Hegel 228 - 5º Piso
Col. Polanco
México, D.F. C.P. 11560
Teléfono: 545 6468

DR. BELLO MORA ANTONIO
Dirección: Tlacotalpan No. 51
Desp. 703
Col. Roma
México, D.F. C.P. 06760
Teléfonos: 286 74 97 y 286 74 39

DR. BARAN MASH NOE
Dirección: Hegel 228 - 5º Piso
Col. Polanco
México, D.F. C.P. 11560
Teléfono: 545 64 68

**DRA. BELTRAN RODRIGUEZ
CABO OLGA EUGENIA**
Dirección: Fresnos No. 52 - 502 Edif. D
Sta. Ursula Coapa, Coyoacán
México, D.F. C.P. 04640
Teléfonos: 559 01 47 y 684 89 53

DR. BARILLAS GERARDO RENE
Dirección: Av. Universidad No. 793 - 1
Col. del Valle
México, D.F. C.P. 03100
Teléfono: 688 61 42

DR. BERKESTEIN KANAREC ABRAHAM
Dirección: Melchor Ocampo 193
Torre A 3º Piso
Desp. E Verónica Anzures
México, D.F. C.P. 11300
Teléfonos: 531 61 23, 545 07 36, 531 64 65 y
254 44 40

DRA. BARRAGAN CAÑEDO MINERVA
Dirección: Popocatepetl 175
Fracc. La Sierra
Tijuana, B.C.N. C.P. 22170
Teléfono: 86 55 97

DR. BARRERA GUZMAN JAVIER
Dirección: Emilio Carranza No. 10
Centro
Minatitlán, Ver. C.P. 96700
Teléfonos: 40 062, 45 455

DR. BERLANGA GOTES DIEGO GERMAN
Dirección: Av. Allende 700
Clínica de Diagnóstico
Torreón, Coah. C.P. 27000
Teléfonos:

DR. BARRERA IGLESIAS JORGE
Dirección: Blvd. López Mateos No. 302 Ote.
6º Piso
León, Guanajuato C.P. 37000
Teléfonos: 142 002 y 166 167

DR. BERNAL LOPEZ SERGIO ANGEL
Dirección: Privada 18 de Julio No. 504
Aguascalientes, Ags. C.P.
Teléfono: 534 07

DR. BARRON SOTO MARIO ANTONIO
Dirección: Tlacotalpan No. 51 - 604
Roma Sur
México, D.F. C.P. 06740
Teléfono: 584 35 23

DR. BONILLA GONZALEZ OSCAR
Dirección: Parque Juan Luis No. 3
Parque de La Herradura
México, Edo. de Méx. C.P. 52760
Teléfono: 589 33 31

**DR. BORGSTEIN VAN WIJK
JOHANNES ALBERTUS**

Dirección: Calle del Arbol No. 21
San Angel
México, D.F. C.P. 01000
Teléfonos: 550 04 70, 548 47 58

DRA. BORRO DUBRA LIDIA ESTHER

Dirección: Iztaccihuatl 23-8
Hipódromo - Condesa
México, D.F. C.P. 06100
Teléfonos: 533 24 66 y 574 02 64

DR. BRIBIESCA AZUARA PEDRO ISMAEL

Dirección: Eugenia No. 626 Edif. Tulipán 601
México, D.F. C.P. 03100
Teléfonos: 687 3455 y 574 1369

DRA. BRISEÑO GONZALEZ

MA. DE LA LUZ

Dirección: Sierra Maestra 108
Col. Loma Linda
Hermosillo, Son. C.P. 83150
Teléfono: 51511

DR. BUSTAMANTE BALCARCEL ANDRES

Dirección: Av. Ejército Nal. No. 617 - 904
Col. Granada
México, D.F. C.P. 11520
Teléfonos: 250 03 71 y 250 96 87

**DRA. BUSTAMANTE DE LA O.
JUDITH DEL ROSARIO**

Dirección: Sanatorio Durango
Cerrada Guillain 18 Depto. 6
Mixcoac
México, D.F. C.P. 03910
Teléfono: 611 70 78

DR. CABRERA CALVILLO EDUARDO

Dirección: Melchor Muzquiz No. 2629 Pte.
Monterrey, N.L. C.P. 64000
Teléfonos:

DR. CADAVIECO SOSA GONZALO

Dirección: Central Médica de Durango
Av. 20 de Noviembre Ote. No. 1125 Ote.
Durango, Dgo. C.P. 34000
Teléfonos: 16 490 y 16 772

DR. CALDERON BOONE JESUS

Dirección: Paseo de los Leones No. 1239
Col. Cumbres

Monterrey, N.L. C.P. 64610
Teléfonos: 45 85 11 y 71 26 68

DR. CAMACHO ANGULO CESAR

Dirección: Centro Médico Naval
Dr. Luis Pasteur No. 93 - Bis
Doctores
México, D.F. C.P.
Teléfono: 588 62 70

DR. CAMARILLO BALCAZAR ANTONIO

Dirección: Av. Reforma Esq. Mirador Lote 1
Mza. 321 Col. Morelos
Acapulco, Gro. C.P.
Teléfono: 5 97 13

DR. CAMELO SCHWARZ ALEJANDRO

Dirección: Av. San Pedro 110 - 4
Col. Miravalle
Monterrey, N.L. C.P. 64660
Teléfonos: 78 13 56 y 47 14 89

DR. CAMERAS MORALES JORGE

Dirección: Calle Chupicuaro No. 43
Col. Vértiz Narvarte
México, D.F. C.P. 03600
Teléfonos: 532 41 90 y 539 45 76

DRA. CAMPOS NAVARRO LUZ ARCELIA

Dirección: Tlacotalpan No. 51 - 604
Col. Roma
México, D.F. C.P. 06700
Teléfono: 584 35 23

**DR. CAMPOS OBREGON
FRANCISCO JOSE**

Dirección: Medellín No. 176-2o. Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 5741344

DR. CANO MEDINA LUIS FERNANDO

Dirección: Alvaro Obregón No. 74-305
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos: 373 47 39, 574 28 14

**DRA. CANSECO CALDERON
MA. DEL PILAR**

Dirección: Nicolás San Juan No. 1312-102
Col. del Valle Del. B. Juárez
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfonos:

DR. CARINO VAZQUEZ JOSE
Dirección: Calz. de la Viga No. 1756
Col. Héroes de Churubusco
México, D.F. C.P.: 09090
Teléfono: 581 68 11

DR. CARRILLO CAMACHO ARMANDO
Dirección: Río Elota No. 522 Poniente
Col. Bravo
Culiacán, Sin. C.P.: 80120
Teléfonos:

DR. CASAB RUEDA HUGO
Dirección: Palenque No. 521
Col. Narvarte
México, D.F. C.P.: 03020
Teléfonos: 559 73 23 y 575 39 56

DR. CASILLAS CANTU ARTURO
Dirección: Donato Guerra No. 30 Nte.
Centro
Torreón Coah. C.P.: 27000
Teléfonos:

DR. CASTAÑEDA DE LEON MARTIN R.
Dirección: H.R. 20 de Noviembre ISSSTE
Calicia No. 13
Insurgentes Mixcoac
México, D.F. C.P.: 09392
Teléfono: 5243029

DRA. CASTAÑEDA ISLAS LETICIA ISABEL
Dirección: Cristina No. 12
Industrial Del. C.A. Madero
Mexico, D.F. C.P.: 07800
Teléfonos:

DR. CASTAÑEDA SANCHEZ JUAN
Dirección: 16 de Septiembre No. 116
Periodistas
Pachuca, Hgo. C.P.: 42060
Teléfonos: 30 055, 35 212 y 33 432

DR. CASTILLA SERRANO HORACIO A.
Dirección: Retorno de Prolong. Zaragoza
No. 5
Col. Romero de Terreros
México, D.F. C.P.: 04300
Teléfonos: 286 2141 y 554 2226

DRA. CASTRO BARRETO BERIA LETICIA
Dirección: A. Ignacio Morones Prieto
3000 Pte. Desp. 408

Monterrey, N.L. C.P.: 67800
Teléfonos:

DR. CASTRO MARTINEZ RODRIGO
Dirección: Av. Reforma No. 134 - 302
Centro
Puebla, Pue. C.P.: 72000
Teléfono: 46 7899

DR. CEBALLOS OLIVA ARMANDO
Dirección: Indiana No. 260 - 1006
Col. Nápoles
México, D.F. C.P.: 03810
Teléfonos: 598 3102 y 598 7210

DR. CEBALLOS RAMIREZ JOAQUIN
Dirección: Av. Obregón No. 3256 - 7
Col. Jardín
Nuevo Laredo Tamps. C.P.: 88260
Teléfono: 871 49 988

**DRA. CENTENO ESCOBAR
VILMA ELIZABETH**
Dirección: Dr. Navarro Edif. Tahití 88-1
Col. Doctores
México, D.F. C.P.: 06720
Teléfono: 588 0788

**DR. CERVANTES CERVANTES
FRANCISCO**
Dirección: Calle Bartolo Hernández No. 237
Centro
Tepatitlán de Morelos, Jal. C.P.: 47600
Teléfonos: 10 401 y 21 416

DR. CHACON ARCILA CARLOS ANTONIO
Dirección: Calle 19 No. 841 Por 68
Jardines de Mérida
Mérida, Yuc. C.P.: 97000
Teléfonos: 212757 y 277139

DR. CHAPA CASILLA RUBEN
Dirección: 11a. Avenida No. 106
Cumbres 1er. Sector
Monterrey, N.L. C.P.: 64610
Teléfonos: 331 904 y 471 006

DR. CHAVEZ ALVAREZ FELIPE
Dirección: Juárez Norte 101 Desp. 307
Toluca, Edo. de Méx. C.P.: 50000
Teléfono: 48 656

- DRA. CHAVEZ CALDERON ROSA EUGENIA**
Dirección: Minerva No. 104 - 501
Col. Florida
México, D.F. C.P.: 01030
Teléfonos: 660 2424 y 548 2912
- DRA. CHAVEZ DELGADO MARIA ESTELA**
Dirección: Hospital Gral. de Zona No. 10
IMSS Santiago I Fco. J. Mujica No. 740
Jardines Alcalde
Guadalajara, Jal. C.P.: 44290
Teléfono: 248 896
- DR. CHAVEZ LARSON RICARDO HOWARD**
Dirección: Obregón 766-1
Centro Ensenada, B.C.N. C.P.: 22800
Teléfono: 678 15 59
- DR. CHAVEZ MARTINEZ PEDRO**
Dirección: Alfredo Recaut No. 1312
1o. de Mayo
Monclova, Coah. C.P.: 25700
Teléfonos:
- DR. CHAVOLLA CONTRERAS NEY**
Dirección: Gelati No. 109-3
Col. San Miguel Chapultepec
México, D.F. C.P.: 11850
Teléfono: 515 73 24
- DR. CHAVOLLA MAGAÑA ROGELIO**
Dirección: Gelati No. 109-3
Col. San Miguel Chapultepec
México, D.F. C.P.: 11850
Teléfonos:
- DR. CHI CHAN ALFREDO**
Dirección: Mazatlán No. 86
Col. Condesa
México, D.F. C.P.: 06140
Teléfonos: 553 2930 y 211 0270
- DR. CHUC CRESPO JOSE MARCELINO**
Dirección: Hospital Militar
Calle 61 A No. 90
Mérida, Yuc. C.P.: 97000
Teléfonos:
- DR. CORDOVA DIAZ JORGE GUSTAVO**
Dirección: Hospital Central Militar
Euler No. 152 - 203
- Col. Polanco
México, D.F. C.P.: 11550
Teléfono: 250 2142
- DR. CORTES OCHOA RODOLFO**
Dirección: Morelos No. 1586-202
Col. Centro
Guadalajara, Jal. C.P. 44102
Teléfono: 254979
- DR. CORVERA BEHAR LEON GONZALO**
Dirección: Durango No. 49 - 701
Col. Roma
México, D.F. C.P. 14000
Teléfonos: 533 6005 o 06
- DR. CORVERA BERNARDELLI JORGE**
Dirección: Durango No. 49 10 Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos: 533 6004 y 568 4075
- DRA. COTA LEYVA MA. DEL AMPARO**
Dirección: Hidalgo No. 401
Centro
Coatzacoalcos, Ver. C.P.: 96400
Teléfono: 2 38 52
- DR. COUTO Y ARCOS FERNANDO**
Dirección: Tepic No. 131
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfonos: 264 86 58, 264 85 98 y 264 85 38
- DR. COVARRUBIAS TAVERA MARCELINO**
Dirección: Allende No. 700 Oriente
Torreón, Coah. C.P.: 27000
Teléfonos: 4 41 37 y 4 61 81
- DR. CRAIG SOSA ROBERT JOSEPH**
Dirección: Sur 136 No. 116
3o. Piso Cons. 316
Esq. Observatorio Col. las Américas
México, D.F. Hospital A B C C.P.: 01120
Teléfono: 272 26 59
- DR. CRUZ FARFUD FCO. JAVIER**
Dirección: Apartado Arero 10 - 59
Cartagena, Colombia C.P.:
Teléfono: 514 42

DR. CRUZ PONCE JORGE ENRIQUE

Dirección: José Benítez No. 2704
Obispado
Monterrey, N.L. C.P.: 64060
Teléfonos: 91 83 33 14 66

DR. DAVILA FLORES JESUS G.

Dirección: Hospital Regional Militar
Domicilio Conocido
Monterrey, N.L. C.P.:
Teléfonos:

DR. CRUZ ZAMBRANO JOSE

Dirección: Calle Central y Av. Central
Centro
Tuxtla Gutiérrez, Chis. C.P.: 29000
Teléfono: 205 88

DR. DE CORDOVA SOLIS ARTURO

Dirección: Insurgentes Sur No. 686-202
Col. del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfono: 523 84 58

DR. CUENCA GODINEZ RAMON

Dirección: Colón No. 288 - 202
Centro
Zamora, Mich. C.P.: 59600
Teléfono: 234 35

DR. DE GORTARI CARBAJAL EDUARDO

Dirección: Bucareli No. 181 - 1
Centro
México, D.F. C.P. 06040
Teléfono: 535 0798

DR. CUEVAS ALVAREZ MANUEL

Dirección: Hacienda Vegil No. 313
Col. Jardines de la Hacienda
Querétaro, Qro. C.P.: 76180
Teléfonos:

DR. DE GORTARI GOROSTIZA EDUARDO

Dirección: Zacatecas No. 40 - 211
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 574 7834

DR. CULEBRO CARRERI ENRIQUE

Dirección: Sinaloa No. 76 - 3er. Piso
Col. Roma, Deleg. Cuahutémoc
México, D.F. C.P. 06700
Teléfonos

DR. DE LA GARZA HESLES HECTOR

Dirección: Calderón de la Barca No. 359 - 3
Col. Polanco
México, D.F. C.P.: 11560
Teléfonos: 545 58 51 y 250 06 97

DR. CURI MIGUEL JUAN ALBERTO

Dirección: Agave No. 10
Jardines de Coyoacán
México, D.F. C.P.: 04890
Teléfono: 677 38 69

**DR. DE LA GARZA TENORIO
VICTOR HOMERO**

Dirección: Calle de la Fuente No. 308
Zona Centro
Monclova, Coah. C.P.: 25700
Teléfono: 353 90

DR. CURIJOCA KARANA ELIAS

Dirección: 23 Sur No. 702 - 102
Col. la Paz
Puebla, Pue. C.P.: 72160
Teléfonos: 49 05 45 y 49 91 22

DR. DE LA TORRE GONZALEZ CARLOS

Dirección: Cerrada Sta. Cecilia No. 11
Sta. Ursula
Texcoco, Edo. de Méx. C.P.: 56130
Teléfonos: 459 47 y 409 68

DR. DAVALOS LUVIANO EFRAIN

Dirección: Bartolomé de las Casas No. 636
Centro
Morelia, Mich. C.P.: 58000
Teléfono: 216 78

DR. DECANINI LOZANO CARLOS

Dirección: Clínica San Antonio
Aldama No. 415 Sur
Monterrey, N.L. C.P.: 64000
Teléfono: 423 830

DR. DAVALOS VALENZUELA ROBERTO

Dirección: Bartolomé de Las Casas No. 636
Centro
Morelia, Mich. C.P.: 58000
Teléfono: 216 78

DR. DECANINI TORNESSI SERGIO

Dirección: Clínica San Antonio
Aldama No. 415 Sur
Monterrey, N.L. C.P.: 64000
Teléfono: 423 830

- DR. DEL BOSQUE MENDEZ
JORGE EDUARDO**
Dirección: Palenque No. 287
Col. Narvarte
México, D.F. C.P.: 03200
Teléfono: 523 3746
- DR. DEL MORAL REYES AMBROSIO**
Dirección: Av. Universidad No. 912
Centro
Chihuahua, Chih. C.P.: 31000
Teléfonos:
- DR. DEL ROSAL SIGLER ROLANDO**
Dirección: Insurgentes Sur No. 1862 - 90 P.
Col. San Angel
México, D.F. C.P.: 01000
Teléfonos: 524 45 46 y 660 20 45
- DR. DEL VILLAR RAMON**
Dirección: 5 de Mayo No. 41
Residencial los Jades
Tequisquiapan, Qro. C.P.: 76750
Teléfonos: 91 467 y 30 935
- DR. DEL VILLAR CERVERA
MARIO ALBERTO**
Dirección: Calle de las Rosas No. 145
Fracc. la Florida
Naucalpan Edo. de Méx. C.P.: 53100
Teléfonos: 560 09 66, 373 21 54 y 373 20 11
Radio 3 95 91 11 Clave 561
- DR. DELGADILLO VIBANCO
HECTOR MANUEL**
Dirección: Bugambillas No. 50 - 403
Fracc. del Prado
Tijuana, B.C.N. C.P.: 22440
Teléfono: 811 984
- DR. DELGADO FALFARI ANDRES**
Dirección: Camino Sta. Teresa
No. 1055 - 209
Col. Héroes de Padierna
México, D.F. C.P.: 14200
Teléfonos: 652 30 11 y 652 86 98
- DR. DEUTSCH REISS ERNESTO**
Dirección: Camino a Sta. Teresa
1055 - 1 P.
Héroes de Padierna
México, D.F. C.P.: 14200
Teléfonos:
- DR. DIAZ BARRIGA HERRERA JORGE**
Dirección: Guadalupe No. 205 - 2o Piso
Celaya, Gto. C.P.: 38000
Teléfonos: 91 461, 23 052 y 23 251
- DR. DIAZ MIRON RODRIGUEZ ENRIQUE**
Dirección: Adolfo López Mateos No. 230
Col. Progreso
México, D.F. C.P.: 01080
Teléfonos:
- DR. DIAZ DE LEON SEVERINO**
Dirección: Víctimas del 25 de Junio No. 365
Centro
Veracruz, Ver. C.P.: 91700
Teléfonos: 32 4688 y 37 1924
- DR. DIAZ FERNAN SERGIO**
Dirección: Méndez No. 1025
Centro
Villahermosa, Tab. C.P.: 86000
Teléfonos:
- DR. DIBILDOX MARTINEZ JAVIER**
Dirección: Centro Médico del Potosí
Antonio Aguilar No. 155
San Luis Potosí, S.L.P. C.P.:
Teléfono: 13 8447
- DRA. DOMINGUEZ DANACHE
LAURA ELENA**
Dirección: Gabriel Mancera No. 1815 - 201
Col. del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfono: 534 27 62
- DR. DORANTES REYNOSO
JOSE ANTONIO**
Dirección: Madrigal de las Altas Torres No. 61
Col. Vasco de Quiroga
Morelia, Mich. C.P.: 58230
Teléfonos:
- DRA. DORVEDIC FUENTES
ANGELA MARIA**
Dirección: Diagonal 109 No. 19 - 56
Bogotá, Colombia Sud A. C.P.:
Teléfono: 214 03 37
- DR. DUARTE PRADO JOSE ALFONSO**
Dirección: H.G.Z. No. 8
Cuauhtémoc No. 18
Centro

Zihuatanejo, Gro. C.P.: 40880
Teléfono: 433 66

DR. DURAN TORRES SALVADOR
Dirección: Tlaxcala No. 180 - 1
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06170
Teléfonos:

DR. ELIAS AZAR ANTONIO
Dirección: Av. Costera M. Alemán
No. 320 - 103
Centro
Acapulco, Gro. C.P.: 39300
Teléfonos:

DR. ELIZONDO CHAPA JESUS SERGIO
Dirección: Serafín Peña 106 Nte. Desp. 119
Centro Médico San Vicente
Monterrey, N.L. C.P.:
Teléfonos: 457 777, 442 640 y 434 070

**DR. ELIZONDO TIJERINA
VIVIANO HECTOR**
Dirección: Décimo Tercera No. 202
Residencial Anáhuac
San Nicolás de los Garza N.L. C.P.: 66457
Teléfono: 52 3209

DR. ELLINHAUS PFISTER KURT
Dirección: Eugenio Sué No. 335 - 5o Piso
Col. Polanco
México, D.F. C.P.: 11550
Teléfono: 545 70 60

DR. ESCAJADILLO DIAZ JESUS RAMON
Dirección: Av. Sta. Inés No. 216
Buenavista
Tijuana, B.C.N. C.P.: 22370
Teléfonos:

**DR. ESCALANTE QUIJANO
JOAQUIN ASUNCION**
Dirección: Calle 27 No. 190 A entre 12 X 14
García Gineres
Mérida, Yuc. C.P.: 97000
Teléfonos:

DR. ESPER DIB SERGIO OMAR
Dirección: 16 Sur No. 1308 Desp. 401
Centro
Puebla. Pue. C.P.: 72000
Teléfonos: 43 81 66 y 40 74 22

DR. ESPINOZA RUIZ JOSE DE JESUS
Dirección: Corregio No. 32 Bis
Ciudad de los Deportes
México, D.F. C.P.: 03710
Teléfonos: 563 4209 y 561 1433

DR. ESPINOZA ULLOA RAFAEL
Dirección: Av. Anza No. 408
Col. Pitic
Hermosillo, Son. C.P.: 83150
Teléfonos: 91621 3 18 55 y 3 44 90

DR. ESQUIVEL MEDINA ELIGO
Dirección: Dr. Vicente Beristáin No. 162
Col. Asturias
México, D.F. C.P.: 06850
Teléfono: 511 00 25

DR. ESTRADA ARVIDE FRANCISCO
Dirección: Esparza Oteo No. 144 - 208
Col. Guadalupe Inn
México, D.F. C.P.: 01020
Teléfonos: 550 32 63 y 550 44 15

**DR. ESTRADA ESTRADA
PASCUAL EDGARDO**
Dirección: Privada 13-C Sur 6928
Col. San José Mayorazgo
Puebla, Pue. C.P.: 72450
Teléfono: 407 388

DR. FAERRON RIVERA FRANCISCO
Dirección: Apartado 32
San Pedro M. Oca
San José Costa Rica C.A. C.P.:
Teléfonos:

DR. FAKIH FAKIH NADIM
Dirección: Centro Comercial Tropicana
Apartado Aéreo 1611
San Andrés Isla Colombia C.P.:
Teléfono: 55 95

DR. FANDIÑO IZUNDEGUI JAIME
Dirección: Cafetales No. 296
Rinconada Coapa
México, D.F. C.P.: 14330
Teléfono: 673 10 06

DR. FARIAS ALVAREZ OSCAR
Dirección: Protasio Tagle No. 105
Col. Tacubaya, Del. Miguel Hidalgo
México, D.F. C.P.: 11870
Teléfonos:

**DR. FERNANDEZ DE LARA SALCEDO
IGNACIO**

Dirección: Mesones 111-8
Col. Centro
México, D.F. C.P. 06000
Teléfonos: 542 2755, 657 7954

México, D.F. C.P.: 11500
Teléfonos: 557 25 59 y 557 57 49

DR. GALLEGOS GUTIERREZ JOSE

Dirección: Insurgentes Sur No. 590
3er. Piso
Col. Nápoles
México, D.F. C.P.: 03810
Teléfonos: 556 45 07 y 543 75 94

DR. FERNANDEZ ESPINOSA JAIME

Dirección: Av. Palmas No. 745 Desp. 306
Col. Lomas
México, D.F. C.P.: 11000
Teléfonos: 202 15 16 y 202 55 05

DR. GALLEGOS RUEDA FRANCISCO

Dirección: Circuito Puericultores No. 24-B
Ciudad Satélite Edo. de Méx. C.P.: 53100
Teléfono: 562 83 90

DR. FERNANDEZ LOPEZ ADELFO

Dirección: Tlacotalpan No. 59-206
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos: 564 45 15 y 516 09 36

**DRA. GALLEGO VAZQUEZ GLORIA
MARIA**

Dirección: Pitágoras No. 1002
Apto. 5
Col. Narvarte
México, D.F. C.P.: 03020
Teléfono: 559 76 21

DR. FERNANDEZ NESPEREIRA VICENTE

Dirección: Tuxpan No. 16 5o. Piso
Col. Roma Sur
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfonos: 584 66 00 y 586 61 82

DR. GANEN MUSI JOSE

Dirección: Adolfo Prieto No. 1649 - 301
Col. del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfono: 534 49 21

DR. FERNANDEZ VALLE JOSE CARLOS

Dirección: Ejército Nacional No. 617 P.B.
Col. Granada
México, D.F. C.P.: 11520
Teléfonos: 651 54 21 y 250 60 22

**DRA. GARCIA RAMOS DIAZ
DE LEON GUILLERMINA**

Dirección: Nogal No. 208
Col. Aguila
Tampico, Tamps. C.P.: 89230
Teléfonos: 13 99 91, 14 03 60 y 15 22 20

DR. FLORES CORDERO LEANDRO

Dirección: Ejército Nacional No. 617 - 904
Col. Granada
México, D.F. C.P.: 11520
Teléfonos: 520 73 96 y 250 03 71

DR. GARCIA CASTAÑEDA MAXIMO

Dirección: Calderón de la Barca No. 359 - 3o
Col. Polanco
México, D.F. C.P.: 11560
Teléfonos: 250 0697, 545 5851 y 598 2940

DR. FLORES SALINAS MARIO

Dirección: Av. México No. 2436 - 202
Guadalajara, Jal. C.P.: 44690
Teléfonos: 959 347 y 242 730

DR. GARCIA DE LEON FRANCISCO

Dirección: Gelati No. 36
San Miguel Chapultepec
México, D.F. C.P.: 11870
Teléfonos: 584 31 99 y 584 34 06

DR. FRAUSTO ARAIZA FERMIN

Dirección: Hospital Gral. de Zona 2
Guerrero No. 29
Barrio San Jerónimo
Tehuacantepec, Oax. C.P.:
Teléfono: 50524

DR. GARCIA GARCIA ALFONSO

Dirección: Colombia No. 1411
Col. 5 de Diciembre
Pto. Vallarta, Jal. C.P.: 48350
Teléfono: 220 78

DR. FUENTES CIENFUEGOS ALEJANDRO

Dirección: Hospital 1o. de Octubre ISSSTE
U. Loma Hermosa Edif. 53-C Depto. 306
Col. Irrigación

DR. GARCIA GARCIA MIGUEL ANGEL

Dirección: Ejército Nacional No. 613 - 205
Col. Granada
México, D.F. C.P.: 11520
Teléfono: 545 63 83

DR. GARCIA OSORNIO MIGUEL ANGEL

Dirección: Colina de los Aconitos
No. 43 - 107
Boulevares
Naucalpan, Edo. de Méx. C.P.: 53140
Teléfono: 393 08 68

DR. GARCIA PALMER RAFAEL

Dirección: Calderón de la Barca No. 359 - 3o
Col. Polanco
México, D.F. C.P.: 11560
Teléfonos: 250 0697, 545 5851, 598 2940 y
5 245103

DR. GARCIA PEREZ LUIS

Dirección: Av. Cristóbal Colón No. 66
Lomas Verdes
Naucalpan, Edo. de Méx. C.P.: 53120
Teléfonos: 543 70 03 y 543 86 97

DR. GARCIA ROSALES JOSE ANTONIO

Dirección: Hospital Regional Militar
Domicilio Conocido
Mazatlán, Sin. C.P.:
Teléfono: 294 5160

DR. GARCIA ZUÑIGA JOSE LUIS

Dirección: Av. México No. 2516 - 113
Guadalajara, Jal. C.P.: 44680
Teléfono: 160 348

DR. GARCINI PABLOS VELEZ CARLOS

Dirección: Constituyentes No. 206
Torre 2 6o. Piso
El Jacal
Querétaro, Qro. C.P.: 76180
Teléfonos: 16 25 90 y 16 30 18

DR. GARZA BELTRAN MARCO ANTONIO

Dirección: Independencia No. 124 Sur
Centro
Durango, Dgo. C.P.: 34000
Teléfonos: 20930 28558

DR. GARZON CABRERA JOSE**IGOR ABRAHAM**

Dirección: 15 Oriente No. 207
Puebla, Pue. C.P.: 72420
Teléfono: 409 526

DR. GIORGANA FRUTOS LUIS ALBERTO

Dirección: Tehuantepec No. 36 - 101
Col. Roma Sur
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfonos: 564 77 82 y 564 77 71

DR. GLEASON RODRIGUEZ RUBEN EDUARDO

Dirección: Tata Vasco No. 47
Coyoacán
México, D.F. C.P.: 04000
Teléfono: 554 04 61

DR. GOMEZ FLORES ROOSEVELT

Dirección: Doña Fidencia No. 125
Centro
Villahermosa, Tab. C.P.: 86000
Teléfonos:

DR. GOMEZ MENDOZA MARIO ALBERTO

Dirección: Juan Silveti No. 2
Lomas de Sotelo
Naucalpan Edo. de Méx. C.P.: 53390
Teléfono: 576 62 41

DR. GOMEZ PICHARDO VICTOR

Dirección: Retorno 10 Nicolás León No. 19-A
Jardín Balbuena
México, D.F. C.P.: 19900
Teléfonos:

DR. GOMEZ ROMANO RENE

Dirección: Sagitario No. 150
Prado Churubusco Coyoacán
México, D.F. C.P.: 04230
Teléfono: 582 31 83

DR. GOMEZ SCHEAFER ENRIQUE

Dirección: Navegantes No. 179
Centro
Veracruz, Ver. C.P.: 91700
Teléfonos:

DR. GOMEZ SEVILLA ALFONSO

Dirección: Av. Cuauhtémoc No. 1102 2o. Piso
Chapultepec
Cuernavaca, Mor. C.P.: 62450
Teléfono: 16 10 00

**DR. GONZALEZ ARGUDO
FRANCISCO OSWALDO**
Dirección: Av. San Antonio No. 62 - 9
Col. Nápoles
México, D.F. C.P.: 03810
Teléfono: 598 37 33

DR. GONZALEZ DIAZ LUIS ANTONIO
Dirección: Tenayuca No. 285 - 302
Col. Sta. Cruz Atoyac
México, D.F. C.P.: 08910
Teléfono: 524 30 29

DR. GONZALEZ DOMINGUEZ SIMON
Dirección: Priv. Fco. de Cuéllar No. 2723
Parques de San Felipe
Chihuahua, Chih. C.P.: 31240
Teléfono: 135 580

DR. GONZALEZ GARCIA JUAN CARLOS
Dirección: Av. México No. 224 Int. 1
Centro
Manzanillo, Col. C.P.: 28200
Teléfono: 91 333 2 43 33

DR. GONZALEZ RIVAS RAFAEL
Dirección: Picacho No. 226
Jardines del Pedregal
México, D.F. C.P.: 01900
Teléfonos: 568 20 80 y 568 24 35

DR. GOMEZ ROMANO RENE
Dirección: Sagitario No. 150
Prado Churubusco Coyoacán
México, D.F. C.P.: 04230
Teléfono: 582 31 83

DR. GOMEZ SCHEAFER ENRIQUE
Dirección: Navegantes No. 179
Centro
Veracruz, Ver. C.P.: 91700
Teléfonos:

DR. GONZALEZ ROMERO ARMANDO
Dirección: Tarascos No. 3426
Fracc. Monraz
Guadalajara, Jal. C.P.: 44670
Teléfonos: 476 641 y 476 741

DR. GONZALEZ SALAS CAMPOS CARLOS
Dirección: Arista No. 24
Col. Guerrero
México, D.F. C.P.: 06300
Teléfonos: 559 93 62 y 535 00 27

**DR. GONZALEZ SALAS
CASILLAS JOSE LUIS**
Dirección: Arista No. 24
Col. Guerrero
México, D.F. C.P.: 06300
Teléfonos: 535 00 27 y 554 60 93

DR. GONZALEZ ULLOA MARIO
Dirección: Tuxpan No. 27 - 8o Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 574 15 84

DR. GROBEISEN ROUDY BERNARDO
Dirección: Av. Newton No. 186 - 401
Col. Polanco
México, D.F. C.P.: 11570
Teléfonos: 545 35 93 y 545 30 29

**DR. GROSSMAN GARCIA DAVID
MAURICIO**
Dirección: H.G.R. U.M.F. No. 1
14 y 15 Doblado 306 1er. Cuadro
Centro
Cd. Victoria Tamps. C.P.:
Teléfono: 292 911

DR. GUERRA ALVAREZ CARLOS
Dirección: Otavalo No. 32
Col. Lindavista
Mexico, D.F. C.P.: 07300
Teléfonos:

DR. GUERRA CARRANZA JESUS
Dirección: Av. Revolución y Calle 7 Suite 4
San Luis R.C. Son. C.P.: 83400
Teléfonos: 43006, 41544

DR. GUERRA GARCIA ROBERTO
Dirección: M. M. del Llano No. 139 Oriente
Monterrey, N.L. C.P.: 64000
Teléfono: 783 091

**DRA. GUERRERO
DE ZUBIZARRETA GRACIELA**
Dirección: Torre Médica Sur
Av. de la Reforma 56 Pte. Desp. 904
Irapuato, Gto. C.P.: 36520
Teléfono: 517 80

DRA. GUERRERO ESCOBAR ILKA MARYS
Dirección: Frontera No. 75
Col. Roma

México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos: 533 63 35 y 533 63 36

**DRA. GUERRERO VAZQUEZ
GUILLERMINA**

Dirección: Calle 1-E No. 19
San José de la Escalera
México, D.F. C.P.: 07630
Teléfono: 392 25 96

**DR. GUILLEN CAZARIN
ERNESTO HERMILO**

Dirección: José Azueta No. 717
Col. Centro
Veracruz, Ver. C.P.: 91700
Teléfonos: 310 313 y 361 806

**DRA. GUINTO BALANZAR
MARTHA PATRICIA**

Dirección: Gabriel Mancera No. 321 - 201
Del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfono: 523 54 86

DR. GUTIERREZ AGUILAR PEDRO

Dirección: Emiliano Zapata No. 405
Centro
Veracruz, Ver. C.P.: 91700
Teléfonos: 316 278, 315 008 y 341 882

DRA. GUTIERREZ AVILA SUSANA

Dirección: Tuxpan No. 68
Roma Sur
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfonos: 524 27 05 y 584 16 12

DR. GUTIERREZ BRINGAS GABRIEL

Dirección: Tuxpan No. 2 - 203
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 574 53 40

DR. GUTIERREZ BUTANDA JUAN

Dirección: Sur 24 No. 110 Depto. 15
Col. Agrícola Oriental
México, D.F. C.P.: 08500
Teléfonos: 763 38 51 y 763 23 83

**DR. GUTIERREZ DE VELASCO
HDEZ. IGNACIO E.**

Dirección: Ricardo Castro No. 54 6o. Piso
Guadalupe Inn
México, D.F. C.P.: 01020
Teléfonos: 550 78 09 y 550 08 64

**DR. GUTIERREZ ESPINOSA
CESAR ALFONSO**

Dirección: Hospital 20 de Noviembre
Enrique Sada Muguersa No. 1
Clínica Florida
Cd. Satélite Edo. de Méx. C.P.:
Teléfono: 572 65 07

DR. GUTIERREZ INZUNZA ALFONSO

Dirección: Guillermo Prieto No. 4
Col. San Rafael
México, D.F. C.P.: 06470
Teléfonos: 524 29 13 y 546 17 12

**DR. GUTIERREZ MARCOS JOSE
ANGEL**

Dirección: Puente de Piedra No. 150 - 425
Col. Tlalpan
México, D.F. C.P. 14050
Teléfonos: 606 1918, 606 9660, 655 9011
Ext. 2426

DRA. GUTIERREZ SANCHEZ CAROLINA

Dirección: Fernando Leal Novelo No. 7 - 2010
Cto. Centro Comercial
Cd. Satélite, Edo. de Méx. C.P.: 53100
Teléfono: 393 09 22

**DRA. GUTIERREZ ZAMORA P.
ERENDIRA**

Dirección: Crater No. 821
Pedregal de San Angel
México, D.F. C.P.: 01900
Teléfono: 536 75 80

DR. GUZMAN LOZANO FERNANDO

Dirección: Loma Larga No. 4290
Villa Universitaria
Guadalajara, Jal. C.P. 44840
Teléfonos: 41 02 69 y 33 44 53

DR. HERAS ESPINOZA JOEL

Dirección: Gabriel Tepepa No. 132 - 1
Col. Emiliano Zapata
Cuautla, Mor. C.P.: 62744
Teléfonos: 251 15 y 266 05

**DR. HERNANDEZ
COVARRUBIAS JAVIER JOSE**

Dirección: Durango No. 290 - 308
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 553 53 54

DR. HERNANDEZ DIAZ RAUL

Dirección: Av. Sta. Lucía No. 67
Col. Olivar del Conde
México, D.F. C.P.: 01400
Teléfono: 651 30 40

DRA. HERRERA RAMIREZ**JESUS IGNACIO**

Dirección: Lima No. 699 - 5
Lindavista
México, D.F. C.P.: 07300
Teléfonos:

DR. HERNANDEZ GORIBAR MARIANO

Dirección: Tlacotalpan No. 51 Desp. 703
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfonos: 286 74 97, 286 74 39 y 574 62 33
EXT. 239

DRA. IBARRA MACARI MARGARITA

Dirección: Filosofía y Letras No. 21 - 103
Col. Copilco Universidad
México, D.F. C.P.: 04360
Teléfono: 658 68 15

DR. HERNANDEZ MENDIOLA FRANCISCO

Dirección: Baja California No. 196 - 202
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 564 43 45

DR. ÑIGUEZ MORENO JAIME JUAN

Dirección: Centro de Diagnóstico Integral
Tarasco No. 3514
Col. Monraz
Guadalajara, Jal. C.P.: 44670
Teléfono: 212 75

DR. HERNANDEZ OROZCO FRANCISCO

Dirección: Baja California No. 196 - 902
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 564 06 43

DR. IRIGOYEN SALGADO RODOLFO

Dirección: Chiclayo No. 676
Col. Lindavista
México, D.F. C.P.: 07300
Teléfono: 586 97 24

DR. HERNANDEZ PACHECO LUIS

Dirección: Emilio Carranza No. 13
Centro
Uruapan, Mich. C.P.: 60000
Teléfonos:

DR. JARAMILLO PALOMINO ARTURO

Dirección: Lucio No. 22 - 50 Ed. Argentina
Zona Centro
Xalapa, Ver. C.P.: 91000
Teléfonos: 91 281 y 77 340

DR. HERNANDEZ PALESTINA MARIO

Dirección: San Francisco No. 1626 - 403
Col. del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfono: 534 52 84

DRA. JIMENEZ ABARCA MARINA

Dirección: Priv. Alamo No. 25
Col. Arenal
México, D.F. C.P.: 02980
Teléfono: 583 63 04

DRA. HERNANDEZ POLO LETICIA ARACELI

Dirección: Módulo 45 Int. 1
Residencial Acueducto
México, D.F. C.P.: 07270
Teléfono: 551 83 49

DR. JIMENEZ GARCIA JOSE FRANCISCO

Dirección: Av. Guerrero No. 219
Centro
Zacatecas, Zac. C.P.: 98000
Teléfonos: 21 680 y 24 891

DR. HERNANDEZ VALENCIA GUILLERMO

Dirección: Valparaíso No. 153 - C
Col. Tepeyac Insurgentes
México, D.F. C.P.: 07300
Teléfonos: 577 10 55, 577 83 18
y 577 81 20

DR. JIMENEZ GUZMAN JESUS

Dirección: Av. Independencia No. 3000 - 302
Monterrey, N.L. C.P.: 64000
Teléfonos:

DR. JIMENEZ PEREZ JOSE MANUEL

Piedra Rústica Manz. 2 Lote 8
La Cascada

México, D.F. C.P.: 01490

Teléfonos:

DR. JIMENEZ RAMOS EDUARDO

Dirección: Trujillo No. 672 - 206

Col. Lindavista

México, D.F. C.P.: 07300

Teléfonos: 572 71 98 y 586 42 80

**DR. JIMENEZ Y RAMIREZ
FRANCISCO**

Dirección: Clínica del Paseo

Poniente 5 No. 1413 - 705

Puebla, Pue. C.P.: 72000

Teléfonos: 421 126 y 418 048

DR. JURADO SOLIS JOSE LUIS

Dirección: A. Arboledas No. 402

Col. Arboledas

Celaya, Gto. C.P.: 38060

Teléfonos:

**DR. KAGEYAMA ESCOBAR
ALFONSO MIGUEL**

Dirección: Lomas del Anáhuac No. 42

Col. Lomas de Tarango

México, D.F. C.P.: 01620

Teléfonos:

DR. KLINCKWORT IRMSCHER THOMAS

Dirección: Leandro Valle No. 58

San Angel Inn

México, D.F. C.P.: 01060

Teléfono: 548 33 79

DR. KUME OMINE MASAO

Dirección: Santander No. 15 - 601 6o. Piso

Insurgentes Mixcoac

México, D.F. C.P.: 03920

Teléfonos: 598 92 31 y 598 92 73

DR. LAGUARDIA CAMPAÑA ENRIQUE

Dirección: Tlacotalpan No. 109 - 302

Col. Roma

México, D.F. C.P.: 06700

Teléfono: 574 62 18

DR. LAMADRID BAUTISTA ENRIQUE

Dirección: San Luis Potosí No. 44

Col. Roma

México, D.F. C.P.: 06700

Teléfonos: 564 65 86 y 584 97 57

DR. LARA FABIAN LINO

Dirección: Pípila No. 12 Altos

Centro

Acayucan, Ver. C.P.: 96000

Teléfonos: 504 37, 51 290 y 531 76

DR. LAZO SAENZ JUAN G.

Dirección: Allende No. 139 Ote.

Centro

Torreón, Coah. C.P.: 27400

Teléfono: 167 755

DR. LEE KIM MANUEL

Dirección: Sánchez Azcona No. 317

Col. del Valle

México, D.F. C.P.: 03100

Teléfonos: 510 37 88 y 682 64 66

DR. LEVY PINTO SAMUEL

Dirección: Paseo de las Palmas No. 745 - 105

Col. Lomas de Chapultepec

México, D.F. C.P.: 11000

Teléfono: 520 13 20

DR. LEYVA CABRERA FERNANDO G.

Dirección: Miguel Cabrera No. 402

Centro

Oaxaca, Oax. C.P.: 68000

Teléfonos: 919 51 y 685 15

DR. LICONA JULIO CESAR

Dirección: Jesús García y Yucatán

Centro

Hermosillo, Son. C.P.: 83000

Teléfonos:

**DR. LOPEZ ORTEGA MULLER
FELIPE**

Dirección: Av. San Fernando No. 514

Colima, Col. C.P.: 28010

Teléfonos: 278 04 y 243 62

**DR. LOPEZ DE NAVA ALBARRAN
JAVIER**

Dirección: Norte 13 No. 4926

Col. Magdalena de las Salinas

México, D.F. C.P.: 07760

Teléfono: 567 56 93

DR. LOPEZ HERRERA ANDRES

Dirección: Apartado Postal No. 1101

Cd. Reynosa, Tamps. C.P.: 88700

Teléfonos:

DR. LOPEZ INFANTE FAUSTO

Dirección: Boulevard del Centro No. 205
Col. Boulevares
Estado de México C.P.: 53140
Teléfonos: 393 05 50 y 562 70 28

DR. LOPEZ LIZARRAGA EDUARDO

Dirección: Niños Héroes No. 1921 - 1er Piso
Guadalajara, Jal. C.P.: 44100
Teléfono: 12 52 90

DR. LOPEZ LOPEZ JAIME

Dirección: Bosque del Comendador No. 52
Bosques de la Herradura
México, Edo. de Méx. C.P.: 52720
Teléfonos: 562 01 08 y 562 56 58

DR. LOPEZ NAVARRETE**FRANCISCO RAFAEL**

Dirección: Mata Redonda No. 306
Col. PEMEX
Salamanca, Gto. C.P.: 36730
Teléfono: 870 57

DR. LOPEZ RIOS GUILLERMO

Dirección: Sur 127 No. 16
Sta. Isabel Industrial
México, D.F. C.P.: 09820
Teléfonos: 582 35 94 y 533 69 04

DR. LOPEZ SALAZAR CARLOS

Dirección: Apartado Postal 4 - 182
Guadalajara, Jal. C.P.: 44420
Teléfonos:

DR. LORANCA OLGUIN FRANCISCO

Dirección: Calle 2a. No. 1413
Hosp. Guadalajara
Centro
Tijuana, B.C.N. C.P.: 22000
Teléfonos: 37 31 06, 37 34 91 y 92

DR. LUENGAS MUÑOZ**FRANCISCO JAVIER**

Dirección: Constituyentes Pte. No. 625
Edif. 11 Desp. 312 Las Torres
Querétaro, Qro. C.P.: 76186
Teléfonos: 557 29 33 y 652 35 83

DR. LUX MELENDEZ CRISTIAN

Dirección: Unidad Médica 20 de Julio
Cra. 43 No. 69E - 53 Cons. 206
Barranquilla Colombia C.P.:
Teléfonos: 35 49 73 y 35 53 78

DR. MACAYZA FONTALVO HENRY

Dirección: Fco. del Paso y Troncoso
No. 361 - 303
Jardín Balbuena
México, D.F. C.P.: 15900
Teléfono: 764 17 84

DR. MACIAS FERNANDEZ LUIS

Dirección: Hegel No. 120 - 502
Col. Polanco Chapultepec
México, D.F. C.P.: 11560
Teléfonos: 286 74 15 y 545 28 39

DR. MACIAS FERNANDEZ BENJAMIN

Dirección: Hegel No. 120 5o. Piso
Col. Polanco Chapultepec
México, D.F. C.P.: 11560
Teléfonos: 531 80 89 y 521 08 71

DR. MACIAS JIMENEZ BENJAMIN

Dirección: Hegel No. 120 - 5o. Piso
Col. Polanco Del. Miguel Hidalgo
México, D.F. C.P.: 11560
Teléfonos: 531 70 82 y 545 28 39

DR. MACOTELA GONZALEZ**OSCAR ERNESTO**

Dirección: Allende No. 101
Centro
Tula, Hgo. C.P.: 42800
Teléfonos:

DR. MADERO GONZALEZ RODRIGO

Dirección: 14 Sur No. 5711
Col. San Manuel
Puebla, Pue. C.P.: 72570
Teléfonos:

DR. MAGAÑA RIVERO ALBERTO

Dirección: Calle Sur 136 No. 116 Desp. 318
Las Américas Hospital A.B.C.
México, D.F. C.P.: 01120
Teléfonos: 272 26 84 y 272 37 52

DR. MALDONADO PINEDA EDUARDO

Dirección: López Velarde No. 500
Centro
Zacatecas, Zac. C.P.: 98000
Teléfonos: 217 87 y 225 58

DR. MALDONADO SANABRIA**PABLO ENRIQUE GERARDO**

Dirección: Hospital 20 de Noviembre
Galeana No. 218

Centro
Celaya, Gto. C.P.: 38000
Teléfono: 229 25

DR. MANDUJANO VALDEZ MARIO A.
Dirección: Av. las Palmas No. 745 - 107
Lomas de Chapultepec
México, D.F. C.P.: 11000
Teléfonos: 520 37 01 y 520 37 08

DR. MANJARREZ BERNAL ALFONSO
Dirección: Sonora No. 119 Nte.
Centro
Cd. Obregón, Son. C.P.: 85000
Teléfono: 361 39

**DR. MARES HERNANDEZ
MODESTO LEONIDES**
Dirección: Montes Blancos No. 310
2a. Sección Lomas
San Luis Potosí, S.L.P. C.P.: 78216
Teléfonos: 914 81 y 759 52

**DRA. MARQUEZ HERNANDEZ
MA. JUDITH**
Dirección: 303 Greenup St. No. 35
Covington, K.Y. 41011
U.S.A. C.P.:
Teléfonos: 606 491 94 31

**DR. MARTIN ARMENDARIZ LUIS
GERARDO**
Dirección: 3a. Cda. Prolongacion
Moctezuma No. 33
Col. Romero de Terreros
México, D.F. C.P.: 04310
Teléfono: 658 07 60

DR. MARTIN BIASOTTI E. FERNANDO
Dirección: Tepic No. 131
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfonos: 264 85 38 y 264 85 98

**DR. MARTINEZ GRACIDA NAVARRO
ALEJANDRO**
Dirección: Módulo 72 Depto. 201
Acd. Guadalupe
México, D.F. C.P.: 07270
Teléfonos:

DR. MARTINEZ BALMORI DAVID
Dirección: Turquesa No. 101
Las Arboledas

Irapuato, Gto. C.P.: 36520
Teléfonos:

DR. MARTINEZ CARDENAS GILBERTO
Dirección: Victoria No. 329 Pte.
Centro
Saltillo, Coah. C.P.: 25000
Teléfonos: 368 78 y 280 79

DR. MARTINEZ CARDONA ANTONIO
Dirección: Convento de Sta. Mónica No. 12
Sta. Mónica
Tlanepantla Edo. de Méx. C.P.: 54050
Teléfono: 397 93 87

DR. MARTINEZ GALLARDO FRANCISCO
Dirección: Calderón de la Barca No. 359 - 3
Col. Polanco Del. Miguel Hidalgo
México, D.F. C.P.: 11560
Teléfonos: 250 06 97 y 545 58 51

DR. MARTINEZ SANCHEZ GLENN RAUL
Dirección: Clínica Hospital ISSSTE
De la Fuente No. 304 Ote.
Centro
Monclova, Coah. C.P.: 25700
Teléfono: 304 00

DR. MARTINEZ VALDES CARLOS
Dirección: Colima No. 407
Col. Roma
Mexico, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 583 33 55

DR. MARTINEZ ZUMAYA TIMOTEO
Dirección: Calle 5 De Mayo No. 112 Bis
Col. Tajín
Poza Rica, Ver. C.P.: 93330
Teléfono: 300 27

DR. MATA ALVAREZ EDUARDO
Dirección: Rinconada de los Fresnos
No. 130
La Arboleda
San Luis Potosí, S.L.P. C.P.: 78234
Teléfonos:

DR. MAÑE RAMIREZ JOSE ALBERTO
Dirección: Calle 35 No. 200
Fracc. Brisas
Mérida, Yuc. C.P.: 97144
Teléfonos:

DR. MEDELLIN ARRIOLA HECTOR

Dirección: Centro Médico de Potosí
Antonio Aguilar No. 155
San Luis Potosí, S.L.P. C.P.: 78000
Teléfono: 517 45

DR. MEDINA GODINEZ JOSE LUIS

Dirección:
Teléfonos:

DRA. MEDRANO TINOCO**LUZ MA. DEL CARMEN**

Dirección: Sur 73A No. 308
Col. Sinatel
México, D.F. C.P.: 09074
Teléfonos: 559 01 47, 672 27 60 y 532 62 65

DR. MEJIA PEREZ ROBERTO

Dirección: Zacatecas No. 119 Norte
Centro
Tepic, Nay. C.P.: 63000
Teléfonos:

DR. MENA AYALA JULIO**CESAR AUGUSTO**

Dirección: Cafetales No. 296
Rinconada Coapa
México, D.F. C.P.: 14330
Teléfono: 673 10 06

DR. MENA BECERRA JAVIER H.

Dirección: Padre Mier No. 321 Pte. Desp. 106
Centro
Monterrey, N.L. C.P.: 64000
Teléfonos: 43 12 59 y 43 20 50

DR. MENA TREVIÑO MARIO

Dirección: Venezuela No. 3115
Centro
Nuevo Laredo, Tamps. C.P.: 88000
Teléfonos:

DR. MENDEZ MENDEZ JOSE MANUEL

Dirección: Centro Médico del Noroeste
Av. Kino entre 12 y 13
Centro Especialidades Médicas
San Luis Río Colorado, Son. C.P.:
Teléfono: 404 44

DR. MENDOZA HERNANDEZ PABLO

Dirección: Priv. 13-B No. 8112
Fracc. San José Mayorazgo
Puebla, Pue. C.P.: 72450
Teléfono: 587 50 94

DR. MERELES DEL VALLE RAUL

Dirección: Durango No. 49 10o. Piso
Col Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos: 595 47 69 y 514 64 84

DR. MEZA LOPEZ LUIS MANUEL

Dirección: Hidalgo No. 422 Ote.
Centro
Cd. Obregón, Son. C.P.: 85000
Teléfonos:

DR. MEZA LOPEZ JOSE RODOLFO

Dirección: Sanatorio Pérez Matus
Domicilio Conocido
Comitán, Chis. C.P.: 30000
Teléfono: 203 04

DR. MILLA GRANADOS JOSE LUIS

Dirección: Edif. 68 - 8 Depto. 403
Unidad Lomas de Sotelo
México, D.F. C.P.: 11200
Teléfonos: 872 06 50 Cons. 395 33 31

DR. MINGRAM SIERRA**ALFREDO FRANCISCO**

Dirección: Ana María Gallaspi No. 920
Consultorio 125
Morelia, Mich. C.P.: 58020
Teléfono: 240 95

DR. MOJICA ROA MANUEL

Dirección: Chilpancingo No. 71 8o Piso
Hipódromo Condesa
México, D.F. C.P.: 06100
Teléfonos: 286 60 70 y 286 84 22 EXT. 115

DR. MOLINA TELLEZ EDUARDO

Dirección: Querétaro No. 147 - 306
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 584 07 13

DR. MONROY ENRIQUEZ HERIBERTO

Dirección: Allende No. 57
Centro
Irapuato, Gto. C.P.: 36500
Teléfono: 709 92

**DR. MONROY MARTINEZ
LUIS ENRIQUE**

Dirección: H.G.R. 8 IMSS
Morelos Pte. 615 - 201
Centro

Toluca, Edo. de Méx. C.P.: 50000
Teléfono: 9171146910

DR. MONTERO FLOREZ ADOLFREDO

Dirección: Barrio Paseo Bolivia
Calle Santa Fe No. 16 - 79
Cartagena, Colombia C.P.:
Teléfonos: 228 92, 606 19 y 60337

**DR. MONTES DE OCA
FERNANDEZ EDUARDO**

Dirección: Herschell No. 152 Esq. Kelvin
Col. Anzures
México, D.F. C.P.: 11590
Teléfono: 545 74 40

DR. MONTES DE OCA ROSAS DAVID

Dirección: Herschell No. 152 Esq. Kelvin
Col. Anzures
México, D.F. C.P.: 11590
Teléfono: 545 74 40

**DR. MONTES DE OCA SANCHEZ
EDMUNDO**

Dirección: Av. México No. 2494
Ladrón de Guevara
Guadalajara, Jal. C.P.: 44680
Teléfonos: 152 494 y 232 855

DR. MONTIEL OVIEDO JOSE EFRAIN

Dirección: Calle 1517 No. 604
Unidad San Juan de Aragón 6a Sección
México, D.F. C.P.: 07920
Teléfono: 796 82 46

DRA. MORA AGUILAR PATRICIA MA.

Dirección: A. del Olimpo Edif. 15 D - 203
Villa Olímpica
México, D.F. C.P.: 14000
Teléfono: 568 31 51

**DR. MORALES ARANGO
GERONIMO RAFAEL**

Dirección: Hospital Militar Regional
Cda. Jardines del Sur No. 109
(Eduardo Alday) Col. Atasta
Villahermosa, Tab. C.P.: 86100
Teléfono: 544 69

DR. MORALES CADENA MAURICIO

Dirección: Violetas No. 308
Fracc. La Florida
Edo. de México C.P.: 53160
Teléfonos: 586 52 66 y 572 83 87

DR. MORALES CARDENAS CARLOS

Dirección: Leona Vicario No. 245
Centro
Morelia, Mich. C.P.: 58000
Teléfono: 252 58

DR. MORA SIERRA JOSE SOCORRO

Dirección: Unidad Lindavista Vallejo
Edif. 45 - F - 401
México, D.F. C.P.: 07720
Teléfonos:

DRA. MORENO BETANCOURT CECILIA

Dirección: Puente de Piedra No. 150 - 612
Torriello Guerra
México, D.F. C.P.: 14050
Teléfonos:

DR. MORENO PADILLA RUBEN

Dirección: Carpio No. 89 - 6
Santa María la Ribera
México, D.F. C.P.: 06400
Teléfono: 541 51 60

DR. MURILLO MELO MIGUEL A.

Dirección: Centro Médico Torreón, A.C.
Av. Allende No. 351 Ote.
Torreón, Coah. C.P.: 27000
Teléfonos: 320 06 y 333 49

DR. MURILLO RODRIGUEZ J. D. ISIDRO

Dirección: Francisco Zarco No. 216
Centro
La Piedad, Mich. C.P.: 59300
Teléfonos: 256 61 y 255 69

DRA. MUÑOZ CARLIN MA. DE LOURDES

Dirección: Hospital Regional No. 72
Floresta No. 49
Santiago Ahuizotla, Azcapotzalco
México, D.F. C.P.: 02750
Teléfono: 358 6657

DR. MUÑOZ SOTO LEODEGARIO

Dirección: Sinaloa 222 3er. Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P. 06700
Teléfonos: 553 6630, 211 3260

DR. NAMBO PEREZ AGUSTIN RICARDO

Dirección: Constituyentes No. 195
Centro
Morelia, Mich. C.P.: 58000
Teléfono: 347 67

DRA. NAVA GOMEZ PATRICIA

Dirección: Av. Colonia del Valle No. 311
Col. del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfonos: 523 31 32, 523 78 80 y 393 51 72

DR. NAVA LOPEZ JAVIER

Dirección: Clínica Guadalupe Tepeyac
Av. Ticomán No. 128 - 4
Col. Lindavista
México, D.F. C.P.: 07300
Teléfono: 379 63 30

DR. NAVARRETE MEJIA LUIS MARIO

Dirección: Lerdo No. 404
Centro
Coatzacoalcos, Ver. C.P.: 96400
Teléfono: 210 24

DR. NAVARRETE TIBURCIO ADALBERTO

Dirección: Taxqueña No. 1818 Casa 26-B
Col. Coyoacán
México, D.F. C.P.: 04000
Teléfonos:

DR. NAVARRO MENESES**RAFAEL MANUEL**

Dirección: Goethe No. 16
Col. Verónica Anzures
México, D.F. C.P.: 11590
Teléfonos: 255 01 07 y 255 55 89

DR. NAVARRO QUINTANILLA AGATON

Dirección: Pino No. 109
Altavista
Tampico, Tamps. C.P.: 89240
Teléfonos: 143 749 y 138 947

DR. NIÑO AGUIRRE EDUARDO

Dirección: IMSS Hospital Civil
Av. Cuauhtémoc No. 1003
Chapultepec
Cuernavaca, Mor. C.P.: 62450
Teléfonos: 163 206 y 163 218

DR. NOVELO GUERRA EDGAR

Dirección: Ignacio M. Altamirano No. 18
Col. San Rafael
México, D.F. C.P.: 06470
Teléfonos: 535 24 29 y 535 41 75

DR. NOVELO GUERRA JOSE LUIS

Dirección: Av. Mayrán No. 853
Col. Torreón Jardín

Torreón, Coah. C.P.: 27200

Teléfonos:

DR. NOVELO LOPEZ HECTOR

Dirección: Londres No. 224 - 1104
Col. Juárez
México, D.F. C.P.: 06600
Teléfono: 5253544

DR. NURKO BERKOVICH BORIS

Dirección: Ejército Nacional No. 650 - 202
Col. Polanco
Mexico, D.F. C.P.: 11560
Teléfonos: 545 15 35 y 250 62 33

**DR. NUÑEZ GARCIA FORMENTI
LUIS**

Dirección: Nicolás Bravo No. 611
Centro
La Paz, B.C.S. C.P. 23000
Teléfonos:

DR. OBREGON MIMBELA JAIME

Dirección: Retorno Viento No. 15
Sm-4 Mza-22
Hospital Americano de Cancún
Cancún, Quintana Roo C.P.: 44299
Teléfonos:

DR. OCHOA CUEVAS GABRIEL

Dirección: Altamira 838-101
Miravalle
México, D.F. C.P. 35580
Teléfono: 532 22 62

DR. OCHOA MARES JUAN ANTONIO

Dirección: Av. 3er. Sur No. 720
Cd. Delicias, Chih. C.P. 33000
Teléfono: 221 95

DR. OCHOA RICO SERGIO

Dirección: Av. Central 17-10o. Piso
Col. Pantitlán.
México, D.F. C.P. 08100
Teléfono: 558 44 01

**DR. OLIVERA JONES FRANCISCO
GUILLERMO**

Dirección: Rosales No. 155 Poniente
Centro
Culiacán, Sin. C.P.: 80000
Teléfonos:

DR. OLIVERA QUIROZ ARMANDO

Dirección: Rosales No. 155 Poniente
Centro
Culiacán, Sin. C.P. 80000
Teléfonos:

DR. ORTIZ CADENAS HUMBERTO

Dirección: Norte 81 No. 544
Col. Electricistas Atzacapotzalco
México, D.F. C.P.:02060
Teléfonos: 561 73 19 y 517 73 19

**DRA. OLIVER GARCIA MA.
DEL SOCORRO**

Dirección: Ramón Corona No. 58
Centro
Cauatla, Mor. C.P. 62740
Teléfono: 27 833

DR. ORTIZ CHAVARRIA SALVADOR

Dirección: Paseo Bolívar No.12-310
Centro
Chihuahua, Chih. C.P.:31000
Teléfono: 265 08

DR. ONTIVEROS ORTEGA JAIME SANTOS

Dirección: Nicolás Bravo Sur No. 106
Centro
Toluca, Edo. de Méx. C.P. 50000
Teléfonos: 564 30, 556 4600

DR. ORTIZ LARA JOSE RAUL

Dirección: Insurgentes Sur 1650
C-202 2o. Piso
Col. Florida
México, D.F. C.P. :03100
Teléfono: 524 26 39

DR. ORANTES GOMEZ ALFONSO

Dirección: Calle 1a. Sur Pte. No. 728 - 6o. Piso
Centro
Tuxtla Gutiérrez. Chis. C.P. 29000
Teléfonos: 332 43 y 276 76

DR. ORTIZ ORTIZ JORGE ALBERTO

Dirección: Alonso Avila No. 122
Fracc. Reforma
Veracruz, Ver. C.P.: 91910
Teléfono: 332 67

DR. ORIGEL QUINTANA GUSTAVO

Dirección: Niebla No. 207 - 13 Clínica Niebla
Jardines del Moral
León, Gto. C.P. 37160
Teléfonos: 170 400, 170 371 y 170 197

DRA. OSORNO VELAZQUEZ ALICIA

Dirección: Alejandría No. 187
Fracc. Mediterráneo
Ensenada, B.C. C.P.:
Teléfono: 434 64

DRA. OROZCO ZAMARRIPA HERLINDA

Dirección: Fray Luis de Palacio No. 339
Ladrón de Guevara
Guadalajara, Jal. C.P.: 44680
Teléfono: 267 421

DR. PACCHIANO CAO RAFAEL

Dirección: Amores No. 26
Col. del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfono: 523 67 80

DR. ORTEGA DOMINGUEZ IGNACIO

Dirección: José Ma. Olloqui No. 171
Col. del Valle
México, D.F. C.P. 03100
Teléfonos:

DR. PALACIOS G. FRANCISCO JAVIER

Dirección: Amado Nervo No. 510
Sn. Luis Potosí S.L.P. C.P.: 78000
Teléfono: 322 82

DR. ORTEGA OTERO TARQUINIO JOSE

Dirección: Ignacio Ramírez L-11 Mza-12
Liberales de 1857
México, D.F. C.P. 01100
Teléfono: 271 50 02

DR. PALACIOS RIOS JOSE IGNACIO

Dirección: Av. de Las Américas No. 465 Nte.
Margaritas
Ciudad Juárez, Chih. C.P.: 32310
Teléfonos:

DR. ORTIZ ARMENTA LUIS ALFONSO

Dirección: Dr. Cantú No. 300-1er. Piso
Los Doctores
Monterrey, N.L. C.P. 64710
Teléfonos: 469 000, 469 001 y 469 009

DR. PALACIOS ULLOA SERGIO OCTAVIO

Dirección: Clínica España
Av. España No. 2-27
Cuenca Azuay Ecuador C.P.:
Teléfonos:

DR. PANE PIANESE CARLO

Dirección: San Francisco No.1626 - 403
Col. del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfonos: 534 52 84 y 524 65 01

DR. PAQUOT CHICO JORGE

Dirección. Bolívar No. 21 Desp-308
Centro
Chihuahua, Chih. C.P.: 31000
Teléfono: 120 137

DR. PAQUOT RODRIGUEZ JORGE

Dirección: Bolívar No. 12 D - 308
Centro
Chihuahua, Chih. C.P.: 31000
Teléfonos: 120 137 y 181 832

DR. PARDO MARTINEZ RAMON

Dirección: José Ma. Velasco No. 110 -112
San José Insurgentes
México, D.F. C.P.: 03900
Teléfonos: 660 04 51 y 660 05 25

DR. PERALDI FERRINO IGNACIO

Dirección: Av. de Las Américas No. 465 Nte.
Margaritas
Ciudad Juarez, Chih. C.P.: 32310
Teléfonos:

DRA. PERALTA JIMENEZ GEORGINA

Dirección: Tepic No. 126 4o. Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 564 22 26

DR. PERALTA VALDEZ HECTOR

Dirección: Tres Cruces No. 99
Col. Coyoacán
México, D.F. C.P.: 4100
Teléfonos: 554 61 32 y 554 74 80

DRA. PERDOMO SERRANO**MA. MAYELA**

Dirección: Playa Paraíso S/N
Apartado Postal No. 1503
Cancún Qna. Roo C.P.: 77500
Teléfono: 9178741464

DRA. PEREZ ASTORGA REBECA

Dirección. Avila Camacho No. 159
Esq. Julio Rebolledo
Xalapa, Ver. C.P.: 91000
Teléfono: 530 70 72

DR. PEREZ DOMINGUEZ JOSE ANGEL

Dirección: López Cotilla No. 1435 - 301
Col. del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfonos: 604 58 24 y 684 79 43

DR. PEREZ FUENTES ERNESTO

Dirección: J. García Icazbalceta No. 78
Col. San Angel
México, D.F. C.P.: 2010
Teléfonos:

DR. PEREZ GOMEZ MANUEL

Dirección: Insurgentes Sur No. 1783
Col. San Angel
México, D.F. C.P.: 01000
Teléfonos: 524 03 79 y 594 90 69

DR. PEREZ GOMEZ FRANCISCO

Dirección: Dr. Guajardo No. 101
Col. Los Doctores
Monterrey, N.L. C.P.: 64710
Teléfonos:

DR. PEREZ MATOS SERGIO

Dirección: Lopez Mateos No. 372 Nte.
Monumental
Cd. Juarez, Chih. C.P.: 32310
Teléfonos:

DR. PEREZ PANIAGUA SALVADOR

Dirección: Diagonal Golfo de Cortés
No. 2990-5
3 Cuadras Glorieta Minerva Centro
Cuadalajara, Jal. C.P.: 44690
Teléfono: 169 713

DR. PEÑALOZA PLACENCIA MANUEL

Dirección: López Mateos Norte 749
Fracc. Ladrón de Guevara
Guadalajara, Jal. C.P.: 44680
Teléfonos. 227 327 y 160 032

DR. PIEDRA DE LOS SANTOS MARIO

Dirección: Doctor Eduardo Lever No. 186
Col. Balderrama
Hermosillo, Son. C.P.: 83180
Teléfono: 201 71

DR. PIERDANT PEREZ RENE

Dirección: Av. Venustiano Carranza
No. 1160 - 1
Tequisquiapan.

San Luis Potosí, S.L.P. C.P.: 78250
Teléfono: 749 66

DR. PIÑA CAZARES JUAN

Dirección: Puebla No. 2B
Clínica Tepeyac
Hermosillo Son. C.P.: 83000
Teléfono: 325 05

DR. PLATA HERNANDEZ PABLO

Dirección: Sebastián Camacho No. 1 esq. 1
Col. Zaragoza
Xalapa, Ver. C.P.: 91000
Teléfono: 806 33

DRA. PONCE VAZQUEZ SILVIA HILDA

Dirección. Manuel M. Ponce No. 18
Fracc. Panamericano
Querétaro, Qro. C.P.: 76040
Teléfonos:

DR. PRADO ABARCA ALEJANDRO

Dirección: Durango No. 49 - 802
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos: 428 73 44 y 525 44 33

DR. QUEZADA GONZALEZ FERNANDO

Dirección: Colón No. 980 Nte.
Col. Ampliación Los Angeles
Torreón, Coah. C.P.: 27140
Teléfonos:

DR. QUIJANO FLORES ANGEL

Dirección: 1a. Sierra Madre No. 911
Obispado
Monterrey, N.L. C.P.: 64010
Teléfono: 480 575

DR. QUIJANO TORRES ANGEL

Dirección: 15 de Mayo No. 307
Pte - 22 Sótano
Centro
Monterrey, N.L. C.P.: 64000
Teléfonos: 433 433 y 447 285

DR. QUINTANILLA HERNANDEZ ALFREDO

Dirección: Calle 14 Juárez No. 208 y Zaragoza
Centro
Cd. Victoria Tamps. C.P.: 87000
Teléfono: 209 75

DR. QUIROZ TORRES GUILLERMO

Dirección: Durango No. 290 - 4o. Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 286 24 74

DR. RAMIREZ CALDERON ARMANDO

Dirección: Cerro del Borrego No. 107
Col. Campestre Churubusco
México, D.F. C.P.: 04200
Teléfono: 549 48 50

DR. RAMIREZ DORANTES ANTONIO

Dirección: Colima No. 407 3er. Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos:

DR. RAMIREZ GARCIA GUSTAVO

Dirección: Díaz Ordaz No. 110 Int. 5 - A
Centro
Oaxaca, Oax. C.P.: 68000
Teléfono: 418 37

DR. RAMIREZ GONZALEZ JOSE LUIS

Dirección: Cortes Monroy No. 1709
San Felipe
Chihuahua, Chih. C.P.: 31240
Teléfono: 140 700

DR. RAMIREZ MARINES WILMER

Dirección: A. Fray Diego de la Magdalena
No. 246 Col. del Valle
San Luis Potosí, S.L.P. C.P.: 78200
Teléfonos:

DR. RAMIREZ OJEDA HECTOR

Dirección: Celati 29 407-A
San Miguel Chapultepec
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 277 31 11

DR. RAMIREZ ORENDAIN INDALECIO

Dirección: Justo Sierra No. 2135
Vallarta Norte
Guadalajara, Jal. C.P.: 44690
Teléfono: 168 542

DR. RAMIREZ OROPEZA FERNANDO

Dirección: Unidad Hospitalaria la Paz
23 - A Poniente No. 511 - B
Chulavista
Puebla, Pue. C.P.: 72000
Teléfono: 437 262

DR. RAMIREZ QUINTANILLA JULIAN

Dirección: Ocampo y Altamirano
No. 1000 Sur
Centro
Cd. Mante Tamps. C.P.: 89800
Teléfono: 212 75

DR. RAMOS ALCOCER RUBEN

Dirección: Centro Médico del Potosí
A. Aguilar No. 155
Sn. Luis Potosí, S.L.P. C.P.: 78200
Teléfonos:

DR. RAMOS ARRIOLA CRISPIN

Dirección: Magala No. 2101
Col. Jardines Alcalde
Guadalajara, Jal. C.P.: 44240
Teléfonos:

**DRA. RAMOS BUSTAMANTES
YOLANDA MERCEDES**

Dirección: Medellín No. 108 - 401
Col. Hipódromo Condesa
México, D.F. C.P.: 06170
Teléfonos: 574 41 10 y 524 00 19

DR. REBOLLO VALES JOSE INES

Dirección: Tepic No. 139 Desp. 201
Col. Roma Sur
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfonos: 5742740 5933659

**DR. REGUERO VAZQUEZ
DEL MERCADO MIGUEL ANTONIO**

Dirección: 2o. Retorno Martín Serrano No. 13
Circuito Escultores
Satélite Edo. de Méx. C.P. 53100
Teléfono: 572 43 25

DR. REINKING WITTEMORE FEDERICO

Dirección: Bve. Cervantes Saavedra
No. 625
Col. Irrigación
México, D.F. C.P.: 11500
Teléfonos: 589 06 39 y 557 29 33

DR. REYES GOMEZ LLATA FEDERICO

Dirección: Gral. Tiburcio Montiel
No. 89 - 3er. Piso.
Col. San Miguel Chapultepec
México, D.F. C.P.: 11850
Teléfonos: 272 2127, 272 1905, 252 6321
y 395 9111

DR. REYES HERNANDEZ MARTIN

Dirección: Coatzacoalcos No. 39 - B
Salina Cruz Oax. C.P.: 76000
Teléfonos:

DRA. REYES LOPEZ GLORIA E.

Dirección: Gabinete de Medicina Nuclear
Albert Einstein Hidalgo No. 10 - E Centro
Acapulco, Gro. C.P.: 39300
Teléfono: 839 492

DR. REYES MONTES DE OCA ARMANDO

Dirección: Tuxpan No. 16 - 502
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos: 564 70 32, 562 60 22, 398 71 75 y
398 71 84

DR. REYES RODRIGUEZ FEDERICO

Dirección: Zacatecas No. 230 - 203
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 574 45 89

DR. REYES RUIZ JOSE

Dirección: Ayuntamiento No. 210
Col. Rosario
Tampico, Tamps. C.P.: 89190
Teléfono: 128 579

DR. REYNOSO OTHON JESUS

Dirección: Galeana No. 105
Esqueda
Hermosillo, Son. C.P.: 83260
Teléfono: 91621 205 78

**DR. REYNOSO Y DELGADO
VICTOR MANUEL**

Dirección: Camino a Sta. Teresa 1055 - 129
Col. Héroes de Padierna
México, D.F. C.P.: 10700
Teléfonos: 595 92 15, 652 65 84, 652 30 11 y
568 50 52

DR. RICO SANCHEZ FRANCISCO

Dirección: Boulevard Juárez No. 507 - 203
Centro
Cuernavaca Mor. C.P.: 62000
Teléfono: 210 45

DR. RIOS MERCADILLO EDUARDO

Dirección: Clínica de Cirugía Cosmética S.A.
Calle 26 No. 218 - B

Mérida, Yuc. C.P.: 97070
Teléfono: 257 897

DR. RIBERA AVILA FRANCISCO J.
Dirección: Hidalgo No. 7 - A P.B.
Centro
Querétaro, Qro. C.P.: 76000
Teléfonos: 218 35 y 212 36

DR. RIBERA CAMACHO RAFAEL
Dirección: Tuxpan No. 6 2o. Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 574 72 55

DR. RIBERO CAGIGAS EDUARDO
Dirección: Piñón No. 299
Nva. Sta. Ma. la Ribera
México, D.F. C.P.: 02800
Teléfono: 556 37 57

DR. ROBLES VIDAL LUIS DARIO
Dirección: Hospital Español
Av. Zaragoza y Calle 10 No. 914
San Luis Río Colorado, Son. C.P.:
Teléfonos: 421 40 y 418 09

DR. RODRIGUEZ ALCARAZ ANTONIO
Dirección: Baja California No. 255 - B 701
Col. Condesa
México, D.F. C.P.: 06140
Teléfono: 574 36 98

**DR. RODRIGUEZ CUEVAS
FRANCISCO JAVIER**
Dirección: Tiburcio Grande 68 Sur
Compostela, Nay. C.P.: 63700
Teléfono: 702 59

DR. RODRIGUEZ CUEVAS FELIPE OSCAR
Dirección: Tarasco 3426
Francisco Monraz
Guadalajara, Jal. C.P.: 44680
Teléfono: 16 92 89

**DR. RODRIGUEZ GONZALEZ
FERNANDO**
Dirección: Tepic No. 131
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfonos: 264 85 38 y 264 86 58

**DR. RODRIGUEZ HERNANDEZ
ROGELIO**
Dirección: Matanzas No. 715
Col. Lindavista
Mexico, D.F. C.P.: 07300
Teléfonos: 578 12 90 y 586 80 67

DR. RODRIGUEZ LINARES ELIAS AMADO
Dirección: Intermédica Lateral
Periférico Ortiz Mena 1815
Chihuahua, Chih. C.P.: 31000
Teléfonos: 158 161 y 158 858

**DR. RODRIGUEZ PATERNINA
CESAR EMILIO**
Dirección: Calle 45 - B No. 19-130
Barranquilla, Colombia C.P.:
Teléfonos:

DR. RODRIGUEZ RUIZ ADAN
Dirección: 18 de Marzo 24
Col. Obrera
Minatitlán, Ver. C.P.: 96740
Teléfonos:

DR. RODRIGUEZ SALAS HUMBERTO
Dirección: Privada De Paloma No. 127
Col. Fátima
Durango, Dgo. C.P.: 34000
Teléfonos:

**DR. RODRIGUEZ Y RODRIGUEZ
GUILLERMO JAVIER**
Dirección: Av. Vallarta No. 4327 F-9
Residencia Acacias
Guadalajara, Jal. C.P.: 44100
Teléfonos: 488 735 y 334 453

DR. RONDAN POSADA DANIEL
Dirección: Calz. de Risco No. 114
Jardines del Pedregal
México, D.F. C.P.: 01900
Teléfono: 568 27 64

DR. ROMERO FERNANDEZ FENANDO
Dirección: Manzanillo 122-103
Col. Roma Sur
Mexico, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos: 572 03 27 y 564 11 25

DR. ROMERO LOPEZ MIGUEL ANGEL
Dirección: Av. Juárez No. 145-7
Col. Centro

México, D.F. C.P. : 06000
Teléfono : 546 23 13

DR. ROMERO MARTINEZ ROBERTO
Dirección : Albert No. 4
Col. Portales
México, D.F. C.P. : 03300
Teléfono : 522 73 12

DR. ROMERO MARTINEZ CARLOS P.
Dirección : Av. Jardines de Morelos 139
Fracc. Jardines de Morelos
Ecatepec, Edo. de Méx. C.P. : 55070
Teléfonos:

DR. ROMERO PEREZ GUSTAVO
Dirección : Pachuca No. 169
Col. Condesa
México, D.F. C.P. : 06140
Teléfono : 553 08 72

DR. ROMERO RIO JUAN ANTONIO
Dirección : Calle 16 No. 37
San Pedro de los Pinos
México, D.F. C.P. : 03800
Teléfonos :

DR. ROMERO RODRIGUEZ RAMON
Dirección : Circuito Arquitectos No. 11-205
Cd. Satélite
Naucalpan, Edo. de Méx. C.P. : 53100
Teléfonos : 572 80 55 y 393 11 38

DR. ROSENGAUS LEISGOLD FRANK
Dirección : Blvd. Miguel de Cervantes
Saavedra
No. 625 Primer Piso Col. Irrigación
México, D.F. C.P. : 11500
Teléfono : 557 29 33

DR. ROSETE PEREZ SAMUEL
Dirección : Tuxpan No. 16 - 4o. Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P. : 06760
Teléfono : 584 76 55

DR. ROZILLIO HUSNY ELIAS
Dirección : U. Lomas Hermosa
Edif. 76-A-201
Col. Irrigación
México, D.F. C.P. 11200
Teléfono : 557 86 98

DR. RUBIO MONTEVERDE HORACIO
Dirección : Tuxpan No. 6-1er. Piso 102-104
Col. Roma
México, D.F. C.P. : 06760
Teléfonos : 564 36 59 y 574 76 65

**DRA. RUELAS GUTIERREZ
OFELIA PATRICIA**
Dirección : Calz. de la Cruz 181
Tepic, Nay. C.P. : 63000
Teléfonos : 314 51 y 397 10

DR. RUENES FERNANDEZ RAMON
Dirección : Musset No. 337
Col. Polanco
México, D.F. C.P. : 11560
Teléfono : 250 78 70 FAX: 254 71 93

DR. RUIZ HINOJOSA ARTURO
Dirección : Calle de Dios Luna No. 30
Fracc. los Parques Izcalli Cuautitlán
Tlanepantla, Edo. de Méx. C.P. : 54720
Teléfonos :

DR. SACRE RANGEL ARCADIO
Dirección : Eduardo Farfán No. 813
Fracc. los Eucaliptos
Irapuato, Gto. C.P. :
Teléfono : 776 80

DR. SAENZ AVILA CECILIO
Dirección : Calle 20 de Noviembre No. 337
Centro
Fresnillo, Zac. C.P. : 99060
Teléfonos : 239 80 y 206 22

DR. SAFADI CALDERON ANWAR
Dirección : Carretera 46 No. 80-239
Barranquilla Colombia C.P. :
Teléfonos :

DR. SALAS CHAPAS CARLOS JAIME
Dirección : Circuito Educadores No. 32
Cd. Satélite
Naucalpan, Edo. de Mex. C.P. : 53100
Teléfonos : 562 57 27 y 572 15 99

DR. SALAS GALICIA JUAN EUGENIO
Dirección : Francisco Clavijero No. 80
Centro
Veracruz, Ver. C.P. : 91700
Teléfonos : 361 88 8 3 y 735 58

DR. SALAS MARTINEZ JOSE LUIS
Dirección : Erasmo Castellanos 18-201
Ctro. Médico Plaza Financiera
Tijuana, B.C.N. C.P. : 22000
Teléfono : 589 18 83

México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 553 88 33

DR. SALAZAR AYALA NICOLAS
Dirección : Av. del Trabajo No. 206 Pte.
Centro
Salamanca, Gto. C.P. : 36700
Teléfono : 830 10

**DR. SANCHEZ LOPEZ
DEMETRIO ENRIQUE**
Dirección: 3091 Coleridge West
University Place
Houston, Texas 77005 U.S.A C.P.:
Teléfono: 9571 366 55 424

DRA. SALDIVAR GARZA LILIA
Dirección : Calle 18 No. 202
Col. Vista Alegre
Mérida, Yuc. C.P. : 97130
Teléfonos :

DR. SANCHEZ MARLE JUAN FELIPE
Dirección: Hospital ABC Cons. 321
3o. Piso Sur 136
Esq. Observatorio Col. Las Américas
México, D.F. C.P.: 01120
Teléfono: 272 22 10

**DR. SALINA GONZALEZ
LEONARDO RAFAEL**
Dirección : González Ortega 306
Cuauhtémoc
Jojutla, Mor. C.P. : 62900
Teléfono : 207 82

**DRA. SANCHEZ MONTES
DE OCA MARGARITA**
Dirección: Quintana Roo Sur 814
Residencial Colón
Toluca, Edo. de Méx. C.P.: 50120
Teléfono: 787 17

DRA. SALINAS TALAN RUTH
Dirección : Cerro Gordo 234
Campestre Churubusco
México, D.F. C.P. : 04200
Teléfonos : 549 44 12 y 544 07 22

DR. SANCHEZ SANCHEZ BERNARDINO
Dirección: Juan A. Mateos No. 219
Col. Vista Alegre
México, D.F. C.P.: 06860
Teléfono: 538 54 61

**DR. SANCHEZ MEDAL ALARCON
LUIS FERNANDO**
Dirección : Durango 33-D-61
Colonia Roma
México, D.F. C.P. : 06700
Teléfonos : 208 76 50 y 533 07 05

DR. SANCHEZ SANCHEZ CARLOS
Dirección: Sec. Agrupamiento 8 Edif. 8 - 30
Col. Unidad Santiago Iztacihuatl
México, D.F. C.P.: 03520
Teléfonos:

DR. SANCHEZ CORTES JOSE
Dirección : Justo Sierra No. 2081
Guadalajara, Jal. C.P. : 44660
Teléfonos :

DR. SANDOVAL CAMARENA ARTURO
Dirección: Jesús García No. 2447 - 404
Centro
Guadalajara, Jal. CP.: 44640
Teléfonos: 428 858, 428 958 FAX. 259 397

**DR. SANCHEZ ESPITIA OSCAR
FERNANDO**
Dirección : A.A. 34 854
Bogotá
Colombia C.P. :
Teléfonos:

DR. SANDOVAL GRANADILLO JAIME
Dirección: Isla Creciente No. 104
Col. Prado Vallejo
Tlalnepantla, Edo. de Méx. C.P.: 54170
Teléfono: 587 17 13

DR. SANCHEZ GONZALEZ ANDRES
Dirección: Colima No. 407 3o. Piso
Col. Roma

DR. SANTIAGO DIEZ DE BONILLA JULIAN
Dirección. Paseo de las Gardenias No. 4
Los Robles
México, D.F. C.P.: 04870
Teléfono: 684 44 61

DR. SANTOS VILA JERONIMO

Dirección: Arista 1020 Altos
Centro
Veracruz, Ver. C.P.: 91700
Teléfono: 323 895

DR. SOLIS QUIROZ JUAN CARLOS

Dirección: Av. Juárez 2118 - 402
La Paz
Puebla, Pue. C.P.: 75790
Teléfono: 485 915

DR. SCHUBICH NEIMAN ISAAC

Dirección: Miami Children's Hospital
Apartado Postal No. 11724
México, D.F. C.P.: 06140
Teléfonos: 256 23 83 y 286 56 06

DR. SOMONTE ALTAMIRA RAFAEL

Dirección: Tabasco No. 199
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 511 35 83

DRA. SIERRA AYALA YOLANDA

Dirección: Sur 17 No. 243
Centro
Orizaba, Ver. C.P.: 94300
Teléfono: 441 23

DR. SORDO PEREZ JUAN ANTONIO

Dirección: Hospital Español
San Juan de la Cruz No. 674
Fracc. Camino Real
Guadalajara, Jal. C.P.: 45040
Teléfono: 216 879

DR. SILVA ACOSTA JOSE ANTONIO

Dirección: Reforma y Tehuantepec 110
Centenario
Hermosillo, Son. C.P.: 83260
Teléfonos:

DR. SORIANO Y RODRIGUEZ GILBERTO

Dirección: Tepic No. 139 - 602
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos:

DR. SILVA AVILA ANTONIO

Dirección: Tehuantepec y Reforma No. 110
Centro
Hermosillo, Son. C.P.: 83000
Teléfonos:

DR. SOSA ORLAINETA JORGE

Dirección: Flores Magón No. 1197
Centro
Veracruz, Ver. C.P.: 91700
Teléfono: 741 98

DR. SMOLER BERKOVSKY JOSE

Dirección: Tuxpan 6 - 2o. Bis
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfono: 264 16 98

DRA. SOTO ALVARADO PATRICIA

Dirección: San Diego de los Padres No. 128
Col. San Diego de los Padres No. 128
Col. Club de Golf de la Hacienda
Atizapán, Edo. de Méx. C.P.: 52500
Teléfonos: 370 11 74 y 572 34 29

DRA. SODA MERHY ANTONIO

Dirección: Tlacotalpan 59 - 206
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos: 564 94 07 y 564 44 55

DR. SOTO ROJAS SERGIO

Dirección: 35 Poniente No. 927
Gabriel Pastor
Puebla, Pue. C.P.: 80220
Teléfonos:

DR. SOLIS CHAVEZ MAURILIO

Dirección: Av. 8 Norte y 2 Oriente
Col. Obrera
Poza Rica, Ver. C.P.: 93260
Teléfonos:

DRA. STONE AGUILAR MA. GUADALUPE

Dirección: Obregón No. 999 Sur
Guadalupe
Culiacán, Sin. C.P.: 80220
Teléfonos:

DR. SOLIS DACOSTA OSCAR

Dirección: Adoquines No. 9
Villa Satélite
Hermosillo, Son. C.P.: 83200
Teléfonos: 215 41 y 216 53

DR. TABOADA GOMEZ JOSE FRANCISCO

Dirección: Hospital Militar Regional
Domicilio Conocido

Chihuahua, Chih. C.P.: 31000
Teléfono: 205 44

DR. TAPIA ACUÑA RICARDO
Dirección: Insurgentes Sur No. 300 - 714
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 574 47 78

DR. TARASCO CAMINO SEVERINO
Dirección: Protasio Tagle No. 105
Col. Tacubaya
México, D.F. C.P.: 11870
Teléfonos: 516 49 41

DRA. TELLEZ GIRON PATRICIA H.
Dirección: Pílares No. 427 - 801
Col. del Valle
México, D.F. C.P.: 03100
Teléfono: 575 77 85

DR. TELLO CORDERO AGUSTIN
Dirección: Al Arroyo No. 202
Col. Prados Vallarta
Guadalajara, Jal. C.P. 44690
Teléfono: 450 200

**DR. TERREROS SERRANO
JUAN EMANUEL**
Dirección: Casilla No. 173
Cuenca, Ecuador C.P.:
Teléfonos: 827 824 y 810 614

DRA. TIJERINA DE SANCHEZ LETICIA
Dirección: Linaloe No. 6 Esq. Pirul
Sta. Ma. La Ribera
México, D.F. C.P.: 06400
Teléfonos: 583 81 03 y 583 67 43

DRA. TORRERO CASTILLO LAURA ARELI
Dirección: Hospital Lic. Adolfo
López Mateos
Olaya Flamingo No. 48
Col. Marte
México, D.F. C.P.: 08830
Teléfono: 633 40 08

DRA. TORRES COURTNEY GABRIELA
Dirección: Cerrada de Tlaxcala No. 12
Col. Roma Sur
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfono: 564 34 68

DR. TORRES NERI JUAN JOSE
Dirección: Hidalgo No. 329
Centro
León, Gto. C.P.: 37000
Teléfono: 416 01

DR. TORRIJOS LOPEZ MOISES
Dirección: Apartado Postal 588
Zona Postal 9 - A
Panamá, Panamá C.P.:
Teléfonos: 266 680 y 262 171

DR. TOSCANO MANCHENO VINICIO
Dirección: Habar Carrillo No. 7
Col. Olivar de los Padres
México, D.F. C.P.: 01780
Teléfono: 595 63 65

DRA. TREJO VAZQUEZ ANA MA. GPE.
Dirección: Retorno 34 de G. García No. 23
Col. Jardín Balbuena
México, D.F. C.P.: 15900
Teléfonos:

DR. TREVIÑO TIJERINA RODOLFO
Dirección: Sánchez Tagle 235
Insurgentes y Nezahualcoyotl
Veracruz, Ver. C.P.: 91700
Teléfonos: 374 03 30 y 373 033

DR. TUEME ARELLANO ALBERTO
Dirección: Av. Morelos No. 454 Pte.
Torreón, Coah. C.P.: 27000
Teléfono: 123 764

DR. TURUBIANES SOLIS SERGIO
Dirección: Calle 7 No. 307
Col. Jardín 20 de Nov.
Cd. Madero, Tamps C.P.: 89440
Teléfonos: 153 365 y 120 804

DR. ULLOA RAMIREZ MIGUEL ANGEL
Dirección: Calle 28 - 77
Centro
Cd. del Carmen, Camp. C.P.: 24100
Teléfono: 919 38 y 242 89

DR. URANGA HERRERA JOSE LUIS
Dirección: Carmen Serdán No. 290
Centro
Irapuato, Gto. C.P.: 36500
Teléfono: 704 68

DR. URBINA MARTINEZ ENRIQUE

Dirección: Unidad Lázaro Cárdenas Edif. 29
Módulo 59 Depto. 402
Metepac, Edo. de Méx. C.P.: 52140
Teléfono: 9172 16 73 85

DR. VALLE DE LA O ANGEL

Dirección: Camino de las Gaviotas No. 506
Col. San Jemo 4o. Sector
Monterrey, N.L. C.P.: 64640
Teléfono: 464 827

DRA. URREA FLORES ANA

Dirección: Escobedo No. 331 - 2 Poniente
Centro
Culiacán, Sin. C.P.: 80000
Teléfonos:

DR. VARGAS AGUAYO

ALEJANDRO MARTIN
Dirección: Praga No. 26 - 801
Juárez
México, D.F. C.P.: 06600
Teléfono: 525 34 89

**DR. VALDERRAMA MANTILLA
RICARDO ALFONSO**

Dirección: Diagonal 128 - C No. 50 - 08
Las Villas Bogotá Colombia C.P.:
Teléfonos:

DR. VARGAS JIMENEZ JOSE LUIS

Dirección: Av. de los Jinetes No. 14
Las Arboledas
Tlalnepantla, Edo. de Méx. C.P.: 52950
Teléfonos: 370 044

DR. VALDES ALBERTO

Dirección: Juárez No. 3 Poniente
Centro
Piedras Negras, Coah. C.P. 26000
Teléfonos:

DR. VARGAS TREJO FABIAN

Dirección: La Paz No. 49
Col. del Valle Ceylan
Tlalnepantla, Edo. de Méx. C.P.: 54150
Teléfono: 390 17 71

DRA. VALDES LABRA MONICA

Dirección: Bosques de Tunez No. 28
Bosques de Aragón
Edo. de Méx. C.P.: 57150
Teléfonos:

DR. VAZQUEZ PALACIOS ADOLFO

Dirección: Atenas No. 295 Esq. Moscú
Valle Dorado
Tlalnepantla, Edo. de Méx. C.P.: 54020
Teléfono: 379 49 27

DR. VALDEZ CRODA OSCAR ADRIAN

Dirección: Tarascos No. 3514
Fracc. Monraz
Guadalajara, Jal. C.P.: 44670
Teléfonos: 220 420 y 220 429

DR. VEGA VELAZQUEZ SERVANDO

Dirección: Calle del Trabajo 4 Desp. 6 - Bis
Centro
Tlalnepantla, Edo. de Méx. C.P.: 54000
Teléfono: 565 16 99

DR. VALENCIA GUTIERREZ CESAR

Dirección: Durango No. 33 - 11o. Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 533 29 25

DR. VELAZQUEZ MORALES

OSWALDO DAGOBERTO
Dirección: 13 Avenida 3 - 60
Zona 3
Quetzaltenango, Guatemala, C.P.:
Teléfono: 614 377

DR. VALENZUELA CUADRON ARTURO

Dirección: Av. de Las Américas No. 201 - 307
Maragaritas
Cd. Juárez, Chih. C.P.: 32310
Teléfono: 334 60, 310 48

DR. VELAZQUEZ MANZANO ROMEO

Dirección: Rancho la Estrella 1
Col. Campestre Coyoacán
México, D.F. C.P.: 04890
Teléfono: 677 19 60

DR. VALENZUELA EZQUERRA CARLOS

Dirección: Petrarca No. 332 - 1
Col. Polanco
México, D.F. C.P.: 11560
Teléfono: 545 26 93

DR. VELAZQUEZ URIBE JORGE

Dirección: Boulevard Juárez No. 509 - 202
Centro

Cuernavaca, Mor. C.P.: 62000
Teléfono: 142 381

**DR. VELAZQUEZ VARGAS
FRANCISCO JAVIER**

Dirección: Pedro Lyonnet 156 - 158
Panorama
León, Gto. C.P.: 37160
Teléfonos: 71625 Radio: 48022 Clave: 835

DR. VERA MARTINEZ VICTOR EDUARDO

Dirección: Joaquín Herrera No. 70
Col. Morelos
México, D.F. C.P.: 06200
Teléfonos: 529 68 41 y 789 19 30

DR. VILAR CANALES PELAYO

Dirección: Durango No. 84 - 4o. Piso
Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfonos: 533 24 66 y 511 29 16

DR. VILAR PUIG PELAYO

Dirección: Durango No. 84 - 4o. Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 533 24 66

DR. VILA SANTOS JERONIMO

Dirección: Arista 1020 Altos
Centro
Veracruz, Ver. C.P.: 91700
Teléfono: 238 95

DR. VILLANUEVA RICARDO

Dirección: Av. Juárez No. 145 - 7
Centro
México, D.F. C.P.: 06000
Teléfono: 546 23 12

**DR. VILLAREAL MEDELLIN
GUSTAVO ADOLFO**

Dirección: I M S S
Av. Madero No. 775 - 10 B
Centro
Tijuana, B. C. C.P.: 22000
Teléfono: 853 308

DR. VITAL CHAVEZ JESUS

Dirección: Vidrio No. 1281 S.J.
Col. Sector Juárez
Guadalajara, Jal. C.P.: 44180
Teléfono: 142 787

DR. VIVAR MEJIA GUSTAVO

Dirección: Monterrey No. 172 - 4o. Piso
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06700
Teléfono: 574 03 25

DR. VIZCAINO SILVERIO

Dirección: Ret. Julián Bonavit 50
Col. Camelinas
Morelia, Mich. C.P.: 58290
Teléfonos: 413 62

DR. VIÑAS PINEDA RENE

Dirección: Emilio Carranza No. 1017
Centro
Piedras Negras, Coah. C.P.: 26000
Teléfono: 210 82

DR. WING VARELA SIMON

Dirección: Hospital Naval de Acapulco
Acapulco, Gro. C.P.: 39860
Teléfono: 400 20

DR. YAÑEZ GARCIA CARLOS MANUEL

Dirección: Sur 132 No. 118 Despacho 104
Américas
México, D.F. C.P.: 01120
Teléfono: 271 89 99

DR. ZALDIVAR MARTINEZ ADRIAN

Dirección: Hospital Humana
Santander No. 15 - 601
Insurgenes Mixcoac
México, D.F. C.P.: 03920
Teléfono: 598 92 31

DR. ZAMUDIO GUZMAN JOSE REFUGIO

Dirección: Mérida 110
Col. Alameda
Celaya, Gto. C.P.: 38050
Teléfonos: 21518, 343 8060

DR. ZAPATA ZAMORA ADOLFO JESUS

Dirección: Zuluaga No. 25 - C
Col. Iztapalapa
México, D.F. C.P.: 09360
Teléfonos: 686 26 35 y 677 54 47

DR. ZARAGOZA HERNANDEZ ALVARO

Dirección: Ermita Iztapalapa No. 278 - 7o. Piso
Col. Sinatel
México, D.F. C.P.: 09470
Teléfonos: 532 144 y 672 66 01

DR. ZEPEDA DIAZ ISMAEL

Dirección: Cerrada de Agrarismo No. 48
Col. Escandón
México, D.F. C.P.: 11800
Teléfono: 516 771

DRA. ZEPEDA LOPEZ EMILIA

GUADALUPE

Dirección: Tlacotalpan No. 51 Desp. 703
Col. Roma
México, D.F. C.P.: 06760
Teléfonos: 286 74 97 y 286 74 39

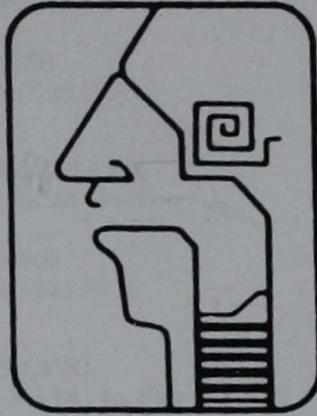
DR. ZEPEDA DIAZ SERGIO

Dirección: Cerrada de Agrarismo No. 48
Escandón
México, D.F. C.P.: 11800
Teléfono: 671 36 84

DRA. ZERMEÑO TORRES LUZ TERESA

Dirección: Arizona No. 2424
Quintas del Sol
Chihuahua, Chih. C.P.: 31250
Teléfono: 112466





**Lista de los Médicos
que aprobaron el Examen
de ingreso al Consejo Mexicano
de Otorrinolaringología
y Cirugía de Cabeza y Cuello, A.C., 1992.**

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.- AGUILAR CASTRO ARTURO | 34.- LOZANO MUELA LUIS GUILLERMO |
| 2.- ALVAREZ ACEVEDO GABRIELA | 35.- LUMBAN GUTIERREZ JAIME |
| 3.- ALVAREZ SILVA MA. DEL ROSARIO | 36.- MALDONADO SARABIA PABLO E. |
| 4.- ARAIZA AINSA ARMANDO | 37.- MARCHENA REYES ANGELA PATRICIA |
| 5.- ARREDONDO RAMIREZ JUAN ANTONIO | 38.- MARTINEZ DEL OLMO MARTHA P. |
| 6.- AVENDAÑO SANTIAGO TOBIAS | 39.- MARTINEZ CARDONA ANTONIO |
| 7.- BELALCAZAR LOPEZ VICTOR MANUEL | 40.- MIMENZA DE REGIL ARTURO |
| 8.- BELLO MORA ANTONIO | 41.- MONTIEL PORCHAS JESUS |
| 9.- BERNAL ABARCA HELIODORO | 42.- MURILLO RODRIGUEZ J. D. ISIDRO |
| 10.- CARRILLO PARTIDA JUAN GUSTAVO | 43.- NEGRETE GENES RICARDO ANDRES |
| 11.- CASTAÑEDA DE LEON MARTIN | 44.- ORTEGA LEON JOSE ALFREDO |
| 12.- CASTELAZO GRAFF EDUARDO A. | 45.- OSPINO OSPINO ARTURO RAFAEL |
| 13.- CENTENO MAGAÑA FERNANDO | 46.- PEREZ ESCAMILLA ARTURO |
| 14.- COB CAWICH ANASTACIO | 47.- PEREZ MARTINEZ HALIMI |
| 15.- CUILTY SILLER CARLOS | 48.- RAMIREZ MANDUJANO F. JAVIER |
| 16.- CHIMAL OLVERA SALVADOR NOEL | 49.- RAMIREZ VILLELA CARLOS |
| 17.- DE ANDA CABRERA RUBEN | 50.- RIVEROLL GARCIA GLORIA AMELIA |
| 18.- DE LEON PEREZ RENARDO | 51.- RIVERA COSTALES LILIA TERESITA |
| 19.- ELIZALDE HINOJOSA RAUL J. | 52.- RIVERA PINTOR JORGE |
| 20.- FAVELA GARCIA REBECA | 53.- ROBLES VIDAL LUIS DARIO |
| 21.- FIGUEROA CALVO IRMA | 54.- RODRIGUEZ MACLUF CARLOS |
| 22.- GARNICA CASTILLO ALBERTO | 55.- RODRIGUEZ PERALES MARCOS A. |
| 23.- GONZALEZ CHAVEZ LORENZO | 56.- SALAS PEREZ CARLOS JAIME |
| 24.- GONZALEZ DELGADO ANA JOAQUINA | 57.- SANCHEZ RICARDEZ JOSE MARIO |
| 25.- GONZALEZ GARCIA JUAN CARLOS | 58.- SORDO PEREZ JUAN ANTONIO |
| 26.- GUAJARDO GUAJARDO SERVANDO | 59.- TORRES BECERRA JAIME |
| 27.- GUTIERREZ ESPINOZA CESAR ALFONSO | 60.- TORRES RODRIGUEZ REBECA ELOISA |
| 28.- HENAO MEJIA CARLOS EDUARDO | 61.- VALES HIDALGO LOURDES OLIVIA |
| 29.- HERNANDEZ GARCIA LILLIAN | 62.- VAZQUEZ MELLADO YZA SERGIO E. |
| 30.- HERNANDEZ VALDEZ JESUS PATRICIO | 63.- VAZQUEZ QUEVEDO JESUS |
| 31.- LOPEZ FLORES OSCAR RAFAEL | 64.- ZARATE GARCIA RAFAEL ANTOLIN |
| 32.- LOPEZ LOPEZ HUGO | 65.- ZEPEDA LOPEZ EMILIA GUADALUPE |
| 33.- LOZANO MARTINEZ MAXIMO GREGORIO | 66.- ZORRILLA GARZA JAVIER |

Lista de los miembros
que aprobaron el Examen
de ingreso al Consejo Mexicano
de Otorrinolaringología
y Cirujías de Cabeza y Cuello, A.C., 1981



Faint, illegible text, likely a list of members or exam results, visible through the paper.

DIRECTORIO DE COLABORADORES

CLARITYNE
LORATADINA 10 mg

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
PROMEKO	Mucosolvan
PFIZER	Unasyna
ROCHE	Rocephin
RESONANCIA MAGNETICA CLINICA LONDRES, S.A. DE C.V.	Resonancia Magnética un diagnóstico preciso
SYNTEX	Febrax, Flanax
STORZ	Instrumentos y Endoscopia para ORL
SHERING - PLOUGH	Clarityne
UPJOHN	Ansaid, Dalacin - C

CLARITYNE
TABLETAS Y JARABE

Antihistamínico no sedante, de acción prolongada.

FORMULAS:

Cada TABLETA contiene: 10 mg

Loratadina

Cada 5 ml de JARABE contienen: 5 mg

Loratadina

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

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

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

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

Los productos CLARITYNE también están indicados para el alivio de los síntomas y señales de urticaria crónica y otras afecciones dermatológicas alérgicas.

POSOLOGIA Y ADMINISTRACION:

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

Niños de 2 a 12 años de edad:

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

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

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS: Cuando se administra con comitantemente con alcohol, loratadina no ejerce efectos potenciados, como lo demuestran las mediciones hechas en estudios de 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 inducirse el vómito en el paciente, aun en el caso de que hubiese ocurrido émesis espontáneamente. El vómito inducido farmacológicamente, por medio de la administración de jarabe de ipecacuana, es el método preferido. Sin embargo, no se debe inducir vómito en pacientes con menoscabo de la conciencia. La acción de la ipecacuana se facilita con la actividad física y con la administración de 240 a 360 mililitros de agua. Si no ocurre émesis dentro de los 15 minutos de haberse administrado ipecacuana, debe repetirse la dosis. Deben tomarse precauciones contra la aspiración especialmente en los niños. Después de la émesis, se puede intentar la adsorción de cualquier droga que quede en el estómago con la ayuda de carbón activado, administrado como una suspensión en pesa 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 de 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 hemodíalisis en grado alguno apreciable. Después de administrar tratamiento de urgencia se debe mantener al paciente bajo vigilancia médica.

PRESENTACION: CAJA CON 10 y 20 TABLETAS

CAJA CON UN FRASCO CON 60 ml.

Almacénese entre 2 y 30°C.

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

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

I. Méd. RBE-460/J.

I. Méd. OKE-1740/J.

Are 13991-CLE

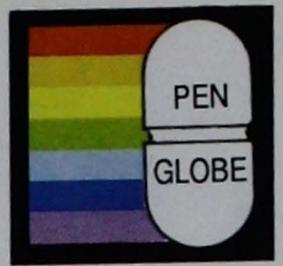


**ANUNCIESE EN LA REVISTA
ANALES DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA**

Atentamente
Gerente General
Lic. Joaquín Bohigas
Tel. 5439363

Penglobe*

bacampicilina



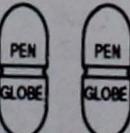
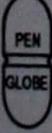
En infecciones:

Respiratorias
Gastrointestinales
Genitourinarias

*Nuevamente
en
México*

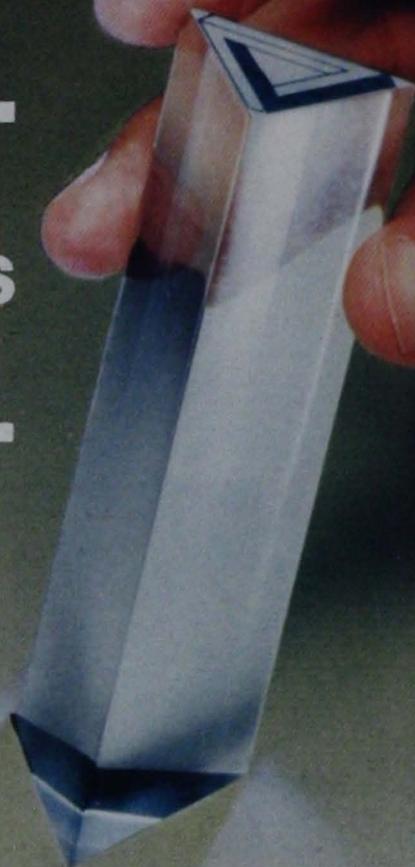


Cómoda dosificación

 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**

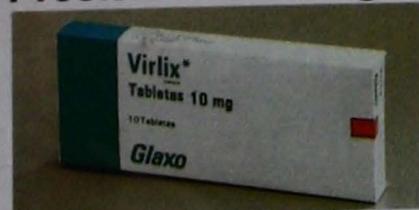
● **Alergias
respiratorias**

Glaxo

Más allá de los
antihistamínicos
modernos

Virlix
Cetirizina/Glaxo

Precisión antialérgica



INFORMACION PARA PRESCRIBIR REDUCIDA
VIRLIX

TABLETAS

FORMULA:

Cada tableta contiene:
Diclorhidrato de Cetirizina 10 mg.

INDICACIONES:

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

DOSIS Y ADMINISTRACION:

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

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

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

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a cualquiera de sus
componentes.

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

PRECAUCIONES:

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

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

EMBARAZO:

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

INTERACCIONES CON OTROS FARMACOS:

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

EFFECTOS SECUNDARIOS:

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

PRECAUCIONES FARMACEUTICAS:

Almacénese a menos de 30°C.

PRESENTACIONES:

Caja con 10 tabletas en envase de burbuja.

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

I. Méd. RGE-1534/J

Su venta requiere receta médica.

Literatura exclusiva para médicos.

Glaxo

Hecho en México por:
GLAXO DE MEXICO, S.A. DE C.V.
Calz. México-Xochimilco No. 4900
Col. San Lorenzo Huipulco
14370 México, D.F.
Bajo licencia de LICB, Bélgica



Penglobe*

FORMULA: Cada TABLETA contiene:

Bacampicilina 400mg.

DESCRIPCION: PENGLOBE es bacampicilina,
1-etoxicarboniloxietil-6- (D-alfa-aminofenilaceta-
mido) penicilinato: un desarrollo de la molécula
ampicilínica, 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 ampicilina,
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 ampicilina 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

México - Suecia

Zyrtec*
CETIRIZINA



Porque la rinitis alérgica
es más que histamina



Zyrtec*... más que un
CETIRIZINA antihistamínico

Hoechst 

Eskafiam

Zyrtec

CETIRIZINA

VONTROL

ANTIEMETICO

Tabletas peliculadas

Fórmula:
Cada tableta contiene:
Dihidróclorato 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 inhibidores significativos sobre otros receptores y por lo tanto está virtualmente libre de efectos anticolinérgicos y antiserotonínicos. 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 H1sin efectos anticolinérgicos y antiserotonínicos 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:

— los ronchidos 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 sustancia P o el VIP (Poli péptido intestinal vasoactivo);

— la reacción alérgica nasal inmediata inducida por la instalación de un alérgeno.
La cetirizina disminuye notablemente la hiperreactividad bronquial del paciente asmático a la histamina. La cetirizina opone específicamente la migración de los eosinófilos inducida en sujetos atópicos. Estos efectos se obtienen sin observar 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 administra 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.

Si embargo es conveniente avisar al paciente de no sobrepasar las dosis mencionadas si conducen u operan maquinaria.

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

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

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

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

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

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.

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

Indicaciones clínicas:
Indicaciones terapéuticas: Procesos inflamatorios de las vías respiratorias superiores, faringoamigdalitis, faringoamigdalotomía, sinusitis, otitis, otodinia, otitis media, inflamación y dolor dental, traumatismos (luxaciones, esguinches, fracturas), artritis reumatoide, osteoartritis, bursitis. En infecciones quirúrgicas y clínicas que cursen con inflamación y dolor.

Contraindicaciones:
Sensibilidad al producto, al ácido acetilsalicílico, o a los otros fármacos fluorizados no esteroideos. No se debe administrar en sujetos con heptagastrointestinales o úlcera gastroduodenal en fase activa, o insuficiencia cardíaca, renal y hepática, hipertensión arterial.

Precauciones:
Durante el uso del Eskafiam no se han advertido señales en este sentido, se deberá tener presente que este producto, de manera similar que sucede con otros fármacos no esteroideos, podría causar vértigo u mareos, sensibilidad a úlceras pépticas y/o sangrado gastrointestinal, así como al Síndrome de Stevens-Johnson.

Uso en niños:
Este debe ser utilizado con precaución en pacientes con anamnesis de hemorragias hemorrágicas, 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 presentan 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 han observado alteraciones de tipo ocular como con otros fármacos fluorizados no esteroideos, o si ocurren trastornos de la visión, será necesario interrumpir el tratamiento y llevar a cabo un examen oftalmológico.

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

Medicamentosos y Otros:
Los pacientes deberán ser vigilados muy rigurosamente si al mismo tiempo están administrando otros sustanciales que tienen tolerancia gástrica limitada.

La simultánea de Eskafiam y otros fármacos anticoagulantes hacen notar el efecto de estos últimos.

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

Dosis 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 debe administrar el fármaco después de las comidas.

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

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

Precauciones:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en niños:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

Uso en lactancia:
Este fármaco deberá administrarse con cautela en pacientes ancianos, especialmente si padecen de constipación intestinal.

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

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

NOMBRE QUÍMICO: difenil-piperidinato.

ACCION: Es vértigo VONTROL aparentemente ejerce una acción antiemética 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 eméticos (p. ej. drogas, intoxicación alimenticia), estados postquirúrgicos, enfermedades del movimiento.

DOSIS Y ADMINISTRACION: Dosis para adultos para vértigo, náuseas y vómito.
TABLETAS: La dosis es una tableta (25 mg) cada cuatro horas según sea necesario. Algunos pacientes pueden requerir dos tabletas (50 mg) cada cuatro horas.

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

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

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

NOTAS: VONTROL no se recomienda para niños de menos de seis meses de edad. No se recomienda la administración intravenosa o subcutánea en niños de cualquier edad. La dosis unitaria en niños se calcula mejor por peso corporal usualmente 1 mg/kg oral y 0.5 mg/kg intramuscularmente.

Cuadro de dosis Pediátricas (dosis por unidad)

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

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

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

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

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

Puede ocurrir adormecimiento, sobreestimulación, depresión, alteraciones del sueño, boca seca p. ej., entación (náusea e indigestión) o visión borrosa. Rara 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.

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

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

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. Regs. Núms. 68875 y 68876, S.A. J. Med. QJE 1412/J

REFERENCIAS:
1. Historias clínicas documentales y archadas 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. 01020 México, D.F.

* Marca registrada para el difenidol de SKF.
Clave: 70650591

Información exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica
*Marca Registrada
Reg. No. 131M91 SSA
IPPA
Clave: ZYT-A-R-91

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

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

Hoechst

SB
SmithKline Beecham



OTITIS MEDIA:

Una situación dolorosa

con antecedentes de recurrencia

La actividad del clavulanato resuelve el problema

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

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

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

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

AUGMENTIN*

Clavulanato de Potasio

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

De la investigación y desarrollo



Pfizer

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

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

Alta eficacia clínica y bacteriológica (1)

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

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

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

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

Un nuevo enfoque en el tratamiento de las infecciones respiratorias

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

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

NASYNA

M.R.



IM/IV
ORAL

sulbactam/ampicilina
sultamicilina



DIVISION FARMACEUTICA

Líder mundial en investigación de antibióticos

Mucosolvan

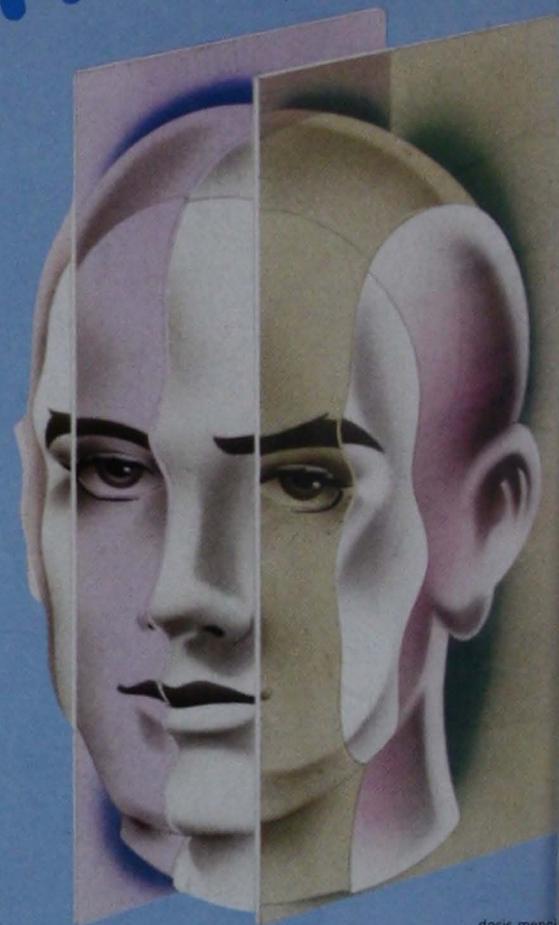
en la clínica ORL

Otitis media

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

Sinusitis

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



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

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

MUCOSOLVAN* Retard está indicado en procesos broncopulmonares que cursan con aumento de la viscosidad y adherencia del moco, en los que es necesario mantener libre de secreciones el aparato respiratorio como Bronquitis Aguda, Bronquitis Crónica, 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/ampta. 2 ml contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.015 g

Retard: cada cápsula contiene 0.075 g de Clorhidrato de Ambroxol

Gotas: cada ml. contiene Clorhidrato de Ambroxol 0.0075 g

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

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

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

dosis mencionada
dosis pediátrica:
a 1.6 mg/kg/día. MUCOSOLVAN*

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

MUCOSOLVAN* GOTAS: Niños hasta 2 años: 1 ml. 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 se ha demostrado la acción teratogénica, siguiendo normas internacionales no se recomienda su empleo durante los primeros tres meses de embarazo. El uso de este medicamento durante el mismo, que es responsabilidad del médico. Manéjense con cuidado las formas en pacientes con úlcera gástrica.

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

INTERACCION MEDICAMENTOSA: MUCOSOLVAN* Comp., Retard y Gotas pueden ser administrados en combinación con otros medicamentos sin riesgo de interacciones adversas, pero la combinación es válida sobre todo para tratamientos concomitantes con fármacos utilizados rutinariamente en los pacientes hospitalizados en unidades de terapia intensiva como glucocorticoides, diuréticos, corticosteroides y broncodilatadores.

MUCOSOLVAN INYECTABLE se puede administrar por vía intravenosa o intramuscularmente en soluciones fisiológicas o glucosadas al 5 y 10%.

MUCOSOLVAN INYECTABLE no se debe mezclar con soluciones de Ringer.

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

MUCOSOLVAN Inyectable es incompatible para mezclar con soluciones de penicilina, ampicilina, rifampicina y fosfomicina.

MUCOSOLVAN Inyectable es compatible con soluciones de otros antibióticos, por no ser alcalinas, como cefotaxima, ceftriaxona, tobramicina, amikacina, kanamicina, tiamfenicol y carbapenem.

PRESENTACIONES: Solución con 120 ml.

Comprimidos con 20

Solución Inyectable caja con 10 ampollas 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

*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.
3) Hills B.A.: Pulmonary surfactant system E.V. Cosmi and E.M. Scarpelli eds. 1983.
4) Lachman B.: THE EFFECT OF AMBROXOL IN NEWBORN AND ADULT ANIMALS WITH SURFACTANT DEFICIENCY. Elsevier Science Publishers B.V. Pulmonary Surfactant System, E.V. Cosmi and E.M. Scarpelli eds. 1983.
5) Curti P.C.: Aumento de la producción de surfactante alveolar por el ambroxol. Pneumologie 147: 62-74, 1972.
6) Wiermeyer, J.D.M.: Influence of ambroxol on the bronchopulmonary level antibiotics. Arzneimittel - Forsch 31. 974-976, 1981.
7) Manrique M.J. et al. TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA SEROSA CON AMBROXOL ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA, Vol. 45, No. 1, 17-20, 1987.
8) Hills B.A.: ANALISIS OF EUSTACHIAN SURFACTANT AND ITS FUNCTION AS A RELEASE AGENT Arch. Otolaryngol. 1984; 110:3-9.
9) Hills B.A.: HYDROPHOBIC LINING OF THE EUSTACHIAN TUBE IMPARTED BY SURFACTANT. Arch. Otolaryngol. 1984; 110:779-782.
10) Mira E. et al. PROPRIETA TENSIOATTIVE DELLA MUCOSA DELLA TUBA DI EUSTACHIO POSSIBILI CORRELAZIONI CON IL SURFACTANTE ALVEOLARE. Revista Italiana di Audiologia e Foniatria 1985, Vol. 5, No. 3 349-353.
11) Brown D.T. et al. DRUGS AFFECTING CLEARANCE OF MIDDLE EAR SECRETIONS: A PERSPECTIVE TO THE MANAGEMENT OF 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

NOBIMED

MEDIZIN-TECHNIK GMBH

MICRO INSTRUMENTAL MAXILOFACIAL
INSTRUMENTAL EN GENERAL



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

SERVICIOS:
RESTAURACION, REPARACION Y
MANTENIMIENTO DE INSTRUMENTAL
Y EQUIPOS MEDICOS



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

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

Avenida 1 No. 100 Col. San Pedro de los Pinos México 03800, D.F.
Fax. 516-2468

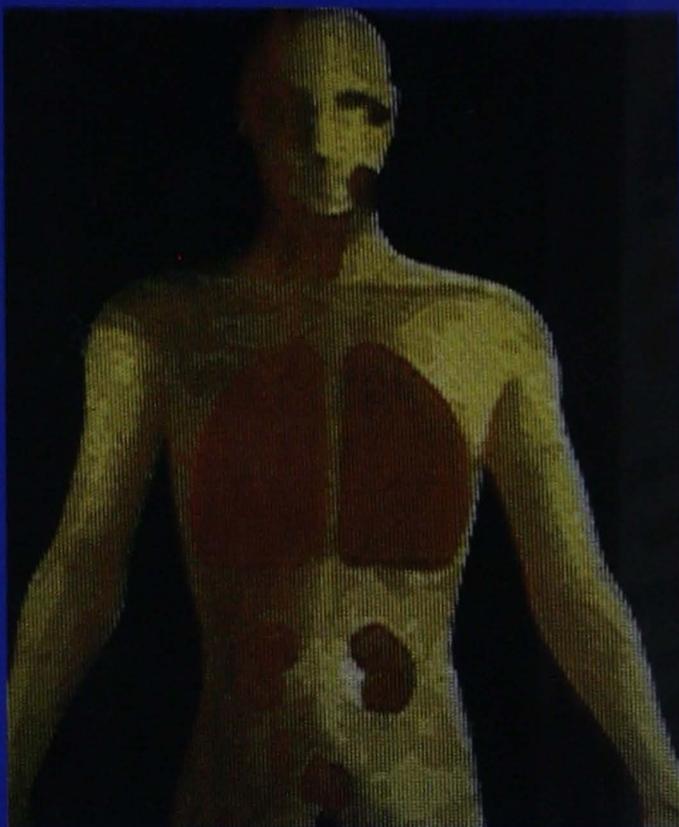
OFICINAS
Tels. 272-7898 272-9975 272-7030

Cápsulas, tabletas y suspensión

Antibiótico bactericida de amplio espectro

FORMULA: Cada CAPSULA contiene: Cefalexina Glaxo, 250 y 500 mg. SUSPENSION. Cada 5 ml contiene: Cefalexina Glaxo, 125 y 250 mg. Cada TABLETA contiene: Cefalexina Glaxo, 1 g. **INDICACIONES:** Ceporex es un antibiótico bactericida del grupo de las Cefalosporinas, activo contra una amplia gama de gérmenes Gram-positivos y Gram-negativos. Está indicado en el manejo de las siguientes condiciones, cuando sean causadas por gérmenes susceptibles: infecciones del tracto respiratorio, infecciones de vías urinarias, infecciones ginecológicas y obstétricas, infecciones de piel y tejidos blandos, infecciones del hueso, sífilis y gonorrea, infecciones dentales. **ESPECTRO ANTI-BACTERIUM:** 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 metiliclorresistentes, 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* (pyocyanina), protozoarios o virus. **DOSEIFICACIONE: ADULTOS:** La mayoría de las infecciones responden a la dosis de 1-2 g diarios divididos en 2 a 4 tomas. Para infecciones graves o profundas, la dosis puede aumentarse a 1 g tres veces al día, o bien 1.5 g cuatro veces al día. Sífilis: 1 g dos veces al día. Gonorrea: HOMBRES: 3 g + 1 g de Probenecid. MUJERES: 2 g + 0.5 g de Probenecid. NIÑOS: 25-40 mg/kg/día, aumentando hasta 100 mg/kg/día en casos graves, sin sobrepasar 4 g al día se recomienda el siguiente esquema: 0-3 meses—25-125 mg dos veces al día; 4 meses-2 años—125-250 mg dos veces al día; HOMBRES: 3 g 3-4 años—250-500 mg dos veces al día; 7-12 años—500 mg-1 g dos veces al día. Para la mayoría de las infecciones agudas, el tratamiento debe continuarse hasta dos días después de que la sintomatología ha desaparecido. En infecciones crónicas complicadas de vías urinarias y sífilis 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 Clinist, 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 moniliasis) 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.

Resultados desde la primera toma. Recuperación más rápida.



Beneficios del tratamiento de las infecciones comunes.

Ceporex

Cefalexina, Glaxo

Ceporex es marca registrada. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos: Reg. No. 74500, 75240 y 131MB1, S.S.A. 1. Mod. NIE-15147

Glaxo de México, S.A. de C.V.
Centeno 132, Col. Granjas Esmeralda
06910 México, D.F.
Glaxo Holdings, Ltd.
Londres, Inglaterra



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.

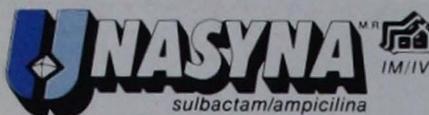
Calz. México - Xochimilco No. 4900

Col. San Lorenzo Huipulco

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

Glaxo Holdings, Ltd. Londres, Inglaterra

Glaxo



I. ACCIONES

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

II. INDICACIONES

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

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

III. DOSIS Y ADMINISTRACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Estabilidad y Compatibilidad

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

IV. CONTRAINDICACIONES

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

V. ADVERTENCIAS

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

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

Uso en el embarazo

No se ha establecido la seguridad para el uso en el embarazo.

VI. PRECAUCIONES

Es esencial una constante observación de signos de sobrepoblación de organismos no susceptibles, incluyendo hongos. Si ocurre una superinfección, el medicamento debe descontinuarse 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

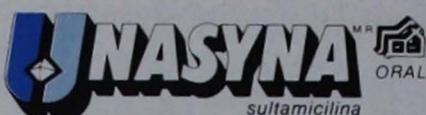
Las más comunes son: rash, prurito y otras reacciones de la piel.

Sistema hematopoyético y linfático

Se han observado elevaciones transitorias de aspartato y alanino-transaminasas.

VIII. PRESENTACIÓN Y COMPOSICIÓN

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



I. ACCIONES

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

La sultamicilina de Pfizer es activa contra una amplia gama de bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, incluyendo: *Staphylococcus aureus* y epidermidis (incluyendo cepas resistentes a penicilina y algunas resistentes a 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 ADMINISTRACIÓN

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

En el tratamiento de la gonorrea no complicada, puede administrarse sultamicilina como dosis oral única de 2.25 gramos (6 tabletas de 375 mg.). Debe administrarse al mismo tiempo 1 gramo de probenecid. Se recomienda que el tratamiento dure por lo menos diez días para infecciones causadas por *Streptococcus hemolitico*, para prevenir la aparición de fiebre reumática aguda o de glomerulonefritis.

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

IV. CONTRAINDICACIONES

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

V. ADVERTENCIAS

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

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

Uso durante el embarazo

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

VI. PRECAUCIONES

Como con cualquier preparación antibiótica, es esencial una constante observación de signos de sobrepoblación de organismos no susceptibles, incluyendo hongos. Si ocurre una superinfección, el medicamento debe descontinuarse 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

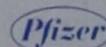
Rara vez se ha observado somnolencia, sedación, fatiga, malestar general y cefalea.

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

VIII. PRESENTACIONES Y COMPOSICIÓN

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

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



PFIZER DIVISION FARMACEUTICA

Lider mundial en Investigación de antibióticos.
Marca Registrada
Reg. No. 240M87 094M88 095M88 S.S.A.
Clave: 262-090-0989 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 rettgeri*, *Haemophilus influenzae* (incluso cepas resistentes a la ampicilina), *Haemophilus parainfluenzae*, *Branhamella catarrhalis*, *Neisseria gonorrhoeae* (incluso cepas productoras y no productoras de penicilinas).

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

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 serria durante el uso de antibióticos o después del mismo.

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

EFFECTOS SECUNDARIOS:

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

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

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

PRESENTACIONES:

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

Literatura exclusiva para médicos.
Su venta requiere receta médica.
No se debe alzar de los niños.
Reg. No. 021MPV S.S.A.
I. Med. PKE-1561/J

Glaxo
Pionero en Penicilinas
Lider en Cefalosporinas



Respuesta actual a la **SINUSITIS** de hoy

Zinnat

Acetoxietil Cefuroxima
2 VECES AL DIA

El primer monofármaco oral estable a beta-lactamasas

- Verdadero amplio espectro que comprende los gérmenes causales más comunes de la sinusitis¹:
 - *Branhamella catarrhalis* — *Staphylococcus coagulasa positiva*
 - *Haemophilus influenzae* — *Streptococcus pyogenes*
- Actividad antimicrobiana "in vitro" que supera a la de otros antibióticos orales²
- Más rápida resolución de los síntomas de la sinusitis que la obtenida con amoxicilina + ácido clavulánico³
- La habitual tolerancia y seguridad de los beta-lactámicos⁴
- Posología sencilla, cómoda y fácil de recordar:

1 tableta con el desayuno y 1 con la cena

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

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

3. Rigo, J., Durand, B., Pappo, M. Traitement des infections ORL par la cefuroxime-axétile. Etude comparative avec l'association amoxicilline/acide clavulanique en médecine pratiquante spécialisée. *J. Français d'oto-rhino-laryngo* Vol. 36, No. 3, Mars, 1989.

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

1.880 - 812-2099 / 2

Glaxo

Pionero en Penicilinas
Líder en Cefalosporinas

KELFIPRIM*

SULFAMETOPIRAZINA + TRIMETOPRIM Cápsulas

*la sulfa hace
la diferencia...*

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT
MONTEDISON AL CUIDADO DE LA SALUD

Av. Miguel Angel de Quevedo No. 555 Col. Romero de Terreros
Delegación Coyoacán 04310 México, D.F.
Reg. No 006M86 S. S. A.



Cervilan®

lomifilina + dihidroergocristina

Nuevo

antivértiginoso del insuficiente cerebro-vascular



PRESENTACION Y FORMULA:

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

INDICACIONES:

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

DOSES, VIA DE ADMINISTRACION Y MODO DE EMPLEO:

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

EFFECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES:

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

CONTRAINDICACIONES:

Intolerancia a los componentes de la fórmula, hipertensión arterial severa, psicosis aguda, daño hepático o renal, bradicardia, alergia a los alcaloides de Conium maculatum, 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 lomifilina.

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:

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

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

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Dr. A. Checoury-Henneton: Bilan d'une étude sur 887 patients traités par Cervilan durant 18 semaines. Concours Medical du 15 Novembre 1980
- 2) Dr. 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 administration croisée en pharmacologie clinique comparative entre Cinarizine et una association de dimethylamine et de DHEC. La Vie Medicale du 3 Juillet 1980.

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

Por Mail 360-88
Código NCE 550J

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

ROUSSEL



GRUPO ROUSSEL, S.A. DE C.V.
Av. Universidad No. 1738
C.P. 14000 México, D.F.

AHORA...



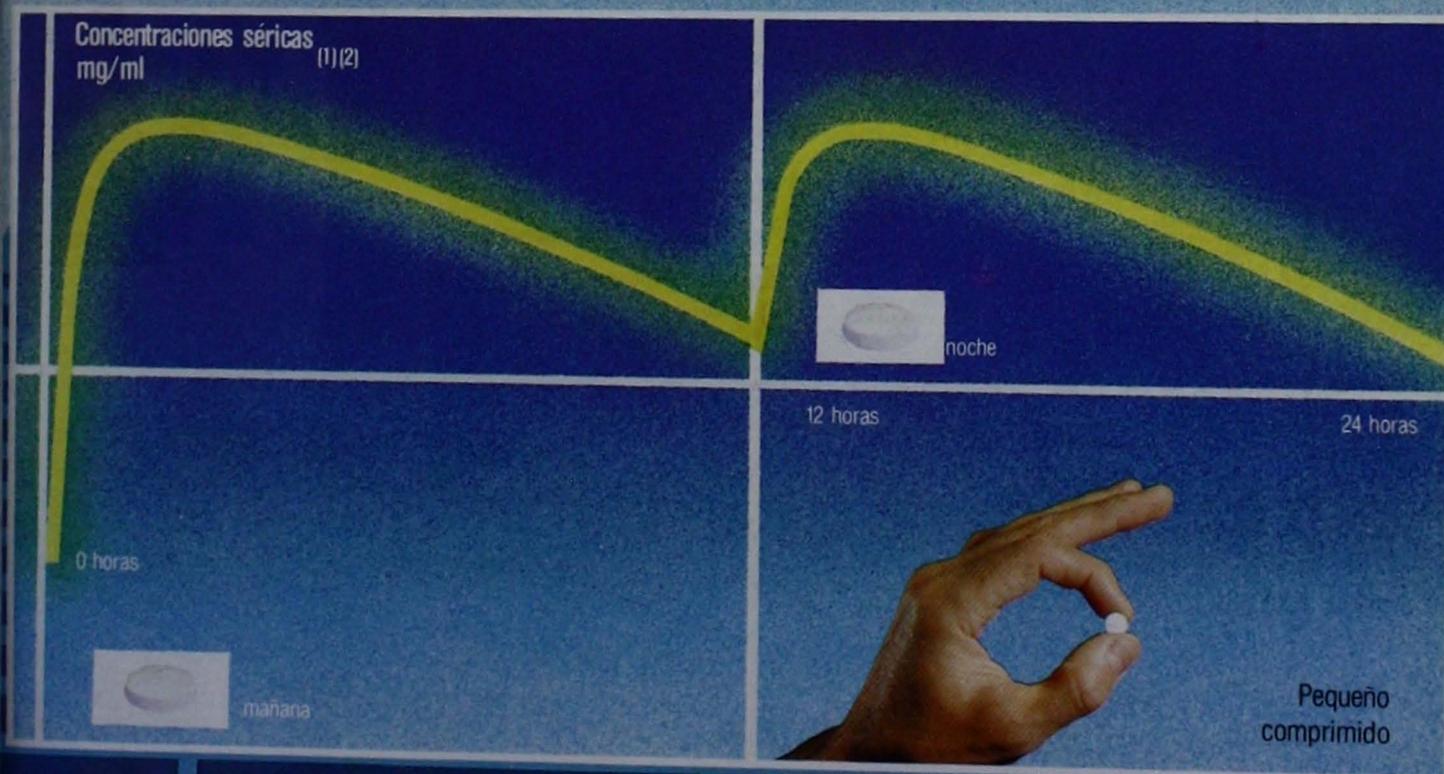
nuevos horizontes en el tratamiento
de infecciones de vías respiratorias

NUOVO

RULID[®] 150mg

roxitromicina

antibiótico oral
con cinética innovadora



Rápida respuesta clínica.

Acción terapéutica sostenida.

Mínimos efectos secundarios.

ROUSSEL



SINDROME VERTIGINOSO



*una
cápsula
al día*

Stugeron^{MR} Retard
JANSSEN

simplicifica el tratamiento del
síndrome vertiginoso

Rocephin

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

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

PROPIEDADES: Rocephin actúa inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana. Rocephin incluye en su espectro 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/dan, durante 24 horas, concentraciones varias veces superiores a las mínimas inhibitorias para los gérmenes más frecuentes. Se elimina inalterado: 50-60% (recién nacidos 70%) con la orina y 40-50% con la bilis. Su vida media es de 8 horas (en niños < 1 semana y en ancianos > 75 años aumenta aproximadamente al doble). **INDICACIONES:** Para el tratamiento de infecciones causadas por gérmenes sensibles: - Septicemia. - Meningitis. - Infecciones abdominales (vías biliares, gastrointestinales, peritonitis). - Infecciones óseas, articulares, tejidos blandos, cutáneas, heridas. - Infecciones en pacientes inmunodeprimidos. - Infecciones renales y urinarias. - Infecciones respiratorias (neumonía, O.R.L.). - Infecciones genitales (incluyendo gonorrea). - Profilaxis quirúrgica. **DOSEIFICACION:** Rocephin se administra 1 vez cada 24 horas:

Perfil del paciente o Indicación especial	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
Insufluencia 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		
Gonorrea	500 mg I.M.		

* Sólo cuando no coexista insuficiencia hepática. La duración del tratamiento es variable dependiendo de la respuesta. Hay presentación especial para cada vía de administración: I.M. e I.V. **MODO DE EMPLEO:** - I.M.: Disolver 500 mcg ó 1 g en 2 ml ó 3.5 ml respectivamente, de solución de lidocaína al 1%. Conviene no aplicar más de 1 g en cada glúteo al día. La solución de lidocaína no debe administrarse I.V. - I.V. directa: Disolver 500 mcg ó 1 g en 5 ml ó 10 ml, respectivamente, de solución inyectable y aplicarlo lentamente en la vena. No debe emplearse la presentación I.V. por la vía I.M. - I.V. por infusión: Disolver 500 mcg ó 1 g en aproximadamente 40 ml de cualquiera de las siguientes soluciones libres de calcio: cloruro de sodio 0.9% con o sin dextrosa 5%, glucosada 5% y 10%. La infusión pasará en 5 a 15 minutos. Dosis > 2 g en adultos y de 50 mcg/kg en niños, deben administrarse por infusión I.V. en las soluciones mencionadas y a pasar en no menos de 30 minutos. La solución reconstituida se mantiene estable 6 horas a la temperatura ambiente ó 24 horas en refrigeración. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad conocida a los betalactámicos. **EFFECTOS ADVERSOS:** Dolor en el sitio de la aplicación, flebitis (que puede prevenirse si se aplica adecuadamente). Náuseas, vómito, estomatitis, glositis. Eosinofilia, leucopenia, granulocitopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia. Exantema, prurito, urticaria. Más raros son: cefalea y mareo, aumento de creatinina sérica, reacciones anafilácticas, etc. Todavía menos frecuentes: Colitis pseudomembranosa. **PRECAUCIONES:** Como ocurre con todos los betalactámicos, es posible que se presenten reacciones anafilácticas, en cuyo caso se debe administrar epinefrina I.V. seguida de un glucocorticoide. En casos raros se han reportado imágenes ultrasonográficas de sedimento biliar, esta reacción es reversible al suspender o terminar el tratamiento, en estos casos se recomienda un manejo conservador no quirúrgico, aún cuando se acompañe de dolor. Todas las cefalosporinas pueden desplazar a la bilirrubina de su unión de la albúmina sérica, se recomienda tomar esto en cuenta al seleccionar a este tipo de antibióticos para el tratamiento de infecciones en recién nacidos hiperbilirrubinémicos, particularmente en prematuros. Durante tratamientos prolongados se debe realizar cuentas hematológicas periódicas. Aunque no se ha reportado efecto teratológico con Rocephin, durante el embarazo, se recomienda administrarlo sólo en casos en que sea absolutamente necesario (particularmente durante el primer trimestre). Cuando se emplee Rocephin junto con otro antimicrobiano, ambos fármacos deben administrarse por separado debido a la posibilidad de que exista incompatibilidad físico-química. **PRESENTACIONES:** Rocephin I.M.: Caja con 1 frasco ampolla (con 500 mcg ó 1 g) y 1 ampolla con lidocaína al 1% (2 ó 3.5 ml). Rocephin I.V.: Caja con 1 frasco ampolla (con 500 mcg ó 1 g) y 1 ampolla con agua inyectable (5 ó 10 ml). Reg. No. 098M84 y 104M84 S.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-1001-J



Zinnat

Acetoxietil Cefuroxima
2 VECES AL DIA

INFORMACION PARA PRESCRIBIR

NOMBRE DEL PRODUCTO: ZINNAT

USOS:

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

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

INDICACIONES:

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

BACTERIOLOGIA:

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

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

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

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

Anaerobios: Coccos Grampositivos y Gramnegativos (incluyendo especies de *Peptococcus* y *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 de 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. 021M85 S.A.

Glaxo
Pionero en Penicilinas
Líder en Cefalosporinas

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 en una 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 vértigos por accidente o quirúrgicos manifestados principalmente por mareo, náusea, vómito y cualquier trastorno del equilibrio. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. Está contraindicado en casos de hemorragia cerebral reciente y síntomas extrapiramidales. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Pueden presentarse somnolencia y trastornos gastrointestinales. Estos son poco frecuentes y transitorios. Excepcionalmente, los pacientes de la tercera edad han descrito una aparición o una agravación de síntomas extrapiramidales durante un tratamiento prolongado. En caso necesario se deberá discontinuar el tratamiento. **PRECAUCIONES:** STUGERON® RETARD puede causar somnolencia, particularmente al inicio del tratamiento. Por lo tanto se deberá tener precaución cuando se use concomitantemente con depresivos del Sistema Nervioso Central.

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

INTERACCIONES: STUGERON® RETARD puede potenciar 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 90 días para evitar recidivas. Puede asociarse con otros medicamentos cuando se considere necesario.

ADMINISTRACION: Oral. **SOBREDOSI:** No se han reportado hasta el momento casos de sobredosis. El único síntoma de sobredosis es somnolencia. No hay un antidoto específico. Si la droga se ha administrado oralmente, puede realizarse un lavado gástrico con permanganato de potasio acuoso a 20 mg/100 ml.

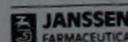
EFFECTOS SOBRE HABILIDADES AL CONDUCIR Y USO DE MAQUINARIA: Puede ocurrir somnolencia, especialmente al inicio del tratamiento, por lo tanto, se deberá tener precaución en actividades de conducción de automóviles y operación de maquinaria peligrosa.

PRESENTACION: STUGERON® RETARD se presenta en caja con 15 y 30 capsulas de liberación prolongada, conteniendo cada capsula 150 mg de Cinnarizina alta densidad.

Reg. No. 243M87 SSA. I. Med. 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



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 a la aparición de colitis severa. Se ha establecido que las toxinas producidas por C. difficile son la causa principal de colitis asociada a antibióticos. Colitis Pseudomembranosa. Durante tratamientos prolongados deben efectuarse pruebas periódicas de funcionamiento hepático y renal, así como cuantas sanguíneas totales. Su empleo puede resultar en un desarrollo de microorganismos no susceptibles, particularmente Hongos.

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

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

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

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

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

DOSIS: La que el médico señale.

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

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

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

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

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

*MARCA REGISTRADA
Literatura exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica.

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

PRODUCTO DE

Upjohn

INVESTIGACION
EN
ANTIBIOTICOS

CLARITYNE-D REPETABS GRAEGAS CON NÚCLEO ENTERICO
loratadina y sulfato de pseudoefedrina

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

EFECTOS: Loratadina es un antihistamínico tríciclico potente, de acción prolongada, con acción selectiva, 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 descongestionante gradual y prolongado, que facilita la descongestión de la mucosa en las vías respiratorias superiores y membrana mucosa de las vías respiratorias inferiores con congestión por la acción sobre los receptores simpáticos.

EFECTOS 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.

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

ACTIONES FARMACOLÓGICAS: Según las mediciones hechas a través de estudios farmacodinámicos, loratadina no causa potenciación cuando se administra conjuntamente 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 veratrum, pueden ser reducidos por los efectos simpaticomiméticos. Los agentes bloqueadores beta adrenérgicos también pueden interactuar con los simpaticomiméticos. Cuando se usa pseudoefedrina concomitantemente con un fármaco que puede aumentar la actividad del marcapasos cardíaco, los anticálcicos aumentan la absorción de la pseudoefedrina, el caolín la disminuye.

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

EFECCIONES ADVERSAS: Durante los estudios clínicos controlados utilizando la posología recomendada, 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 GRAEGAS REPETABS y con placebo, fueron cefalegia y somnolencia.

EFECCIONES ADVERSAS Raras: En orden decreciente de frecuencia, incluyen nerviosismo, fatiga, náuseas, trastornos abdominales, anorexia, sed, taquicardia, farraginosidad, prurito, erupción cutánea, urticaria, angitis, confusión, distonía, hipercoagulabilidad, disminución de la libido, parestesias, temblores, vértigo, ruidos, hipotensión, aumento de la sudoración, trastornos oculares, dolor de oído, tinnitus, anomalías del sentido del gusto, agitación, apatía, depresión, euforia, patinismo, aumento del cambio en los hábitos intestinales, dispepsia, eructos, hemorroides, decoloración de la lengua, trastornos de la lengua, vómito, función hepática normal pasajera, deshidratación, aumento de peso, hipertensión, palpitaciones, migraña, broncoespasmo, tos, disartria, 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 en tratamiento con inhibidores de la MAO o dentro de los diez días de haberse suspendido su administración, pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, hipertensión grave, aneurisma arterial coronario severo e hipertiroidismo.

PRECAUCIONES: Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes con úlcera péptica erosiva, obstrucción piloro-duodenal, hipertrofia prostática de la próstata, enfermedad cardiovascular, aumento de la presión arterial o diabetes mellitus.

PRECAUCIONES: Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes con diabetes mellitus. Los agentes simpaticomiméticos pueden estimular el SNC y causar convulsiones y colapso vascular asociado con hipotensión, especialmente con hipotensión. Los pacientes con antecedentes de 60 años o mayores, también es más probable que los simpaticomiméticos reacciones adversas como confusión, alucinaciones, convulsiones, depresión del estado de ánimo. Por lo tanto, debe procederse con cautela cuando se administra una fórmula de repetición a pacientes ancianos.

DEPENDENCIA DE DROGAS: No se dispone de datos para indicar que ocurra abuso de dependencia con el uso de loratadina. La 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 energía física y de capacidad y agudeza mental. También se ha experimentado ansiedad, irritabilidad y locuacidad. El uso continuo de cualquier estimulante del SNC puede conducir a la dependencia. 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.

PRECAUCIONES EN EL EMBARAZO Y EN MADRES LACTANTES: No se ha establecido la seguridad 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 paciente justifican el riesgo potencial para el feto o lactante.

ADVERTENCIA 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 comenzarse inmediatamente un tratamiento sintomático general y coadyuvante que debe mantenerse durante todo el tiempo necesario.

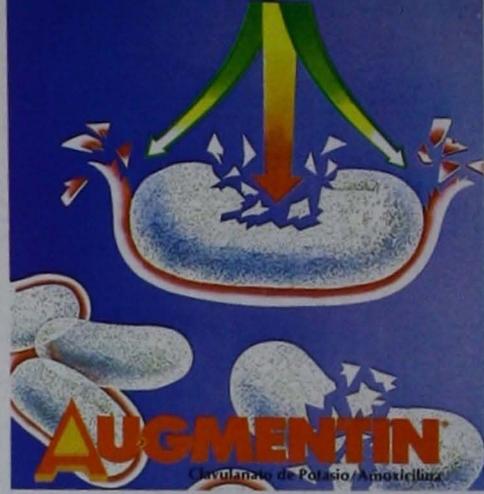
PRECAUCIONES: Pueden variar desde depresión del SNC (sedación, apnea, disminución de la actividad mental, cianosis, coma, colapso cardiovascular) a estímulo (insomnio, alucinaciones, temblores o convulsiones), a muerte. Otros signos y síntomas pueden incluir euforia, náusea, taquicardia, palpitaciones, sed, sudoración, náuseas, mareos, tinnitus, ataxia, irritación, hipercoagulabilidad. El riesgo de estímulo es más probable en niños, como lo son los signos y síntomas similares a los producidos por la atropina (boca seca, ojos dilatados, rubor, hipertermia y síntomas gastrointestinales). Los efectos adversos, los agentes simpaticomiméticos pueden dar lugar a mareos, cefalegia, vómitos, sudoración, sed, taquicardia, dolor precordial, palpitaciones, dificultad de conciencia, debilidad y tensión muscular, ansiedad, inquietud e insomnio. Muchos pacientes pueden presentar una psicosis tóxica con alucinaciones y alucinaciones. Algunos pueden presentar arritmias cardíacas, colapso circulatorio, convulsiones, coma e insuficiencia renal.

PRECAUCIONES: Los niños de 5 años de edad o menores de 525 y de 1839 mg y ratas, respectivamente.

PRECAUCIONES: Debe indicarse el vómito aun si ha ocurrido emesis espontáneamente. El vómito farmacológico, por administración de jarabe de ipecacuana, es el más común. Sin embargo, no se debe inducir el vómito en pacientes con parosismo o hipertensión. 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 a que queda 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 lavarlo gástrico. La solución salina fisiológica es la solución de elección para el lavado, especialmente en niños. En adultos puede usarse agua corriente, sin embargo, la siguiente instilación debe extraerse el mayor volumen posible de líquido adsorbido previamente. Los catárticos salinos atraen agua dentro del intestino por ósmosis y tanto pueden ser valiosos por su rápida acción diluyente del contenido intestinal, como si este producto puede dializarse. Después del tratamiento de urgencia el paciente continuar siendo vigilado médicamente.

PRECAUCIONES: El tratamiento de urgencia de sobredosis es sintomático y coadyuvante. No se usar agentes estimulantes (analépticos). Pueden usarse vasocostrictores para el tratamiento de la hipotensión. Los carbón activado de acción corta, diazepam o paraldehidol, pueden usarse para controlar las convulsiones. La hipertermia, especialmente en los niños, requiere tratamiento con baños de esponja con agua fría o con una mantita hipotérmica y apnea se trata con ayudas ventilatorias.

PRECAUCIONES: Caja con 10 grageas Repetabs. Guardar entre 2° y 30°C. Proteger de la humedad excesiva. 161M90 S.S.A. Si requiere mayor información, solicítala a la Dirección Médica al 3691 CLED I. Méd. QHE-1195/ I. Méd. QKE-1740/



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 clavanota al mecanismo de defensa bacteriano con un bloque irreversible de la enzima betalactamasa, lo que extiende el espectro de la Amoxicilina. **INDICACIONES:** AUGMENTIN está indicado en infecciones del tracto respiratorio alto y bajo. Otitis media, sinusitis, faringoamigdalitis, bronquitis y neumonía. En infecciones del tracto urinario: Cistitis, uretritis y pielonefritis, así como en infecciones de tejidos blandos y piel por gérmenes gram positivos y negativos tanto aerobios como anaerobios. **CONTRAINDICACIONES:** AUGMENTIN está contraindicado en alergia a la penicilina o al clavulanato. **PRECAUCIONES:** AUGMENTIN, aunque no tiene efectos teratogénicos, no se recomienda en el embarazo. Todos los antibióticos aparecen en leche materna, por lo tanto no se recomienda en la lactancia. **EFECCIONES SECUNDARIAS:** En AUGMENTIN se han documentado algunos efectos en tracto digestivo como diarrea, náusea, vómito y rash dérmico al inicio del tratamiento. Estos efectos pueden ser reducidos tomando el medicamento conjuntamente con los alimentos. Raras veces se han reportado ictericia colestática. **DOSI ADULTOS:** AUGMENTIN tabletas se prescribe en adultos con peso mayor de 40 kg., cada 8 horas por 5 a 10 días de terapia. **DOSI 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
11-12 kg	= 3.0 ml
13 kg	= 3.5 ml
14 kg	= 4.0 ml

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

BIBLIOGRAFIA:

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

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



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



PRESENTACION: Diclofenaco 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. Inflamaciones y dolores postoperatorios. Estados dolorosos y/o inflamatorios en ginecología. Síndromes dolorosos de la columna vertebral. Reumatismo extraarticular. Como coadyuvante en infecciones dolorosas e inflamatorias graves de la nariz, garganta y oídos. (La fiebre por sí sola no es una indicación).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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.

STORZ
KARL STORZ - ENDOSKOPE

ENDOSCOPIA E INSTRUMENTOS S.A. DE C.V.

Carraci No. 50

Col. Mixcoac C.P. 03730 México, D.F.

Tels.: 563 - 45 - 20, 611 - 29 - 17, 611 - 41 - 89

Telex: 176 4507 Goname

Fax: 611 - 42 - 63

**DISTRIBUIDOR NACIONAL EXCLUSIVO
PARA MERCADO "PRIVADO"**

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

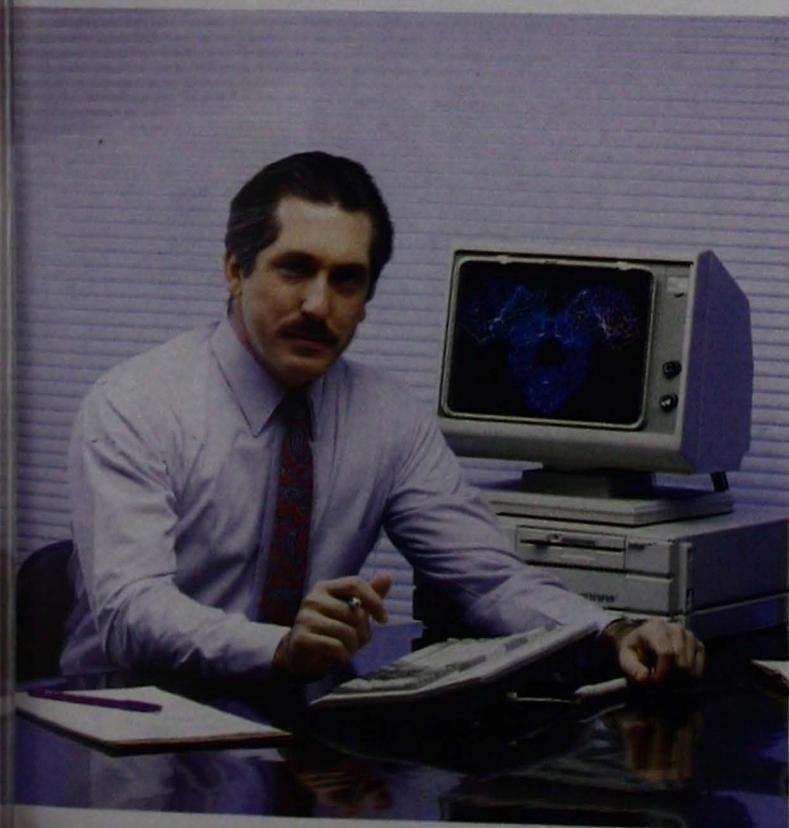


Devuelva inmediatamente la libertad
a las vías respiratorias con:

Doble Acción

TELDANE-D®

(Terfenadina + Pseudoefedrina)



Alivio y acción
descongestiva
inmediata
con efecto
antihistamínico
sin somnolencia



IDEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA
Y
EQUIPO MEDICO



SU ASESOR IDEAL PARA LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES MEDICAS:

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

EQUIPOS PARA: QUIROFANOS LABORATORIOS Y CONSULTA EXTERNA



MESAS QUIRURGICAS



LASER



UNIDADES DE O.R.L.
BOMBAS DE SUCCION



MICROSCOPIOS PARA
MICROCIROGIA



MICROSCOPIOS
LABORATORIOS



Codman & Shurtleff, Inc
INSTRUMENTAL
PARA MICROCIROGIA



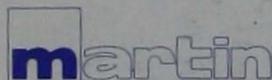
ENDOSCOPIA



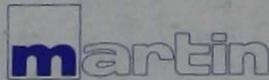
G. RODENSTOCK
INSTRUMENTE
OFTALMOLOGIA
Y LASER



SONDAS Y CATER
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. TLALPAM
MEXICO, D.F. C.P. 14030
TELEX. 1771613 FAX 606-0520
606-9629 606-2629 606-1966
606-9910 606-3168 606-9841
606-0777 606-0779

SUCURSAL MONTERREY

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

SUCURSAL GUADALAJARA

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