

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA



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

CONTENIDO

- Página del director
- Método de fijación rígida para las fracturas del macizo facial
- Otosclerosis, experiencia quirúrgica. 1982 - 1991
- Tumores malignos de nariz, senos paranasales y rinofaringe, experiencia en 5 años
- Patología vocal en artritis reumatoide
- Paraganglioma de tráquea. Un sitio raro de presentación
- Rinosinusitis alérgica crónica compleja del Distrito Federal
- Actinomicosis laríngea. Presentación de un caso
- Modificación al colgajo de Abbé- Estlander
- Procedimiento quirúrgico Cadwell-Luc en el Instituto Nacional de Pediatría. Revisión de 5 años.
- Alcalosis respiratoria compensada en pacientes con taponamiento nasal.
- Pólipo esfenocoanal: reporte de un caso, hallazgos radiológicos y revisión de la literatura
- Tumores malignos de amígdala
- Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Comité de Hospitales
- Notas e Informaciones.

DISTRIBUCION GRATUITA PARA MEDICOS
MEXICO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE 1992
VOL. XXXVII NUMERO 4

Hace 500 Años...





En pos de un sueño, el hombre tomó un nuevo rumbo que lo llevaría al encuentro de un nuevo destino.

El descubrimiento del Nuevo Mundo, con sus riquezas naturales y culturales, significó un gran paso que cambió la historia de la humanidad.

Hoy, la investigación *Pfizer*, señala una nueva dirección en el tratamiento de las infecciones respiratorias, a través de un descubrimiento que seguramente cambiará el rumbo de la terapia antibacteriana.



**DIVISION
FARMACEUTICA**

CODIGO AZI-3-3-19



MA39/40/41



Los Audiómetros Portátiles de Maico

MA39

Audiómetro de pruebas aéreas con niveles desde -10 dB hasta 110 dB

MA40

Pruebas aéreas y oseas con enmascaramiento.

MA41

El audiómetro más conocido en todo Latino América. Pruebas aéreas, oseas, y de logaudiometría con capacidad para comunicarse con el paciente



Los Nuevos Impedanciómetros de Maico

MA630

Impedanciómetro con niveles múltiples para pruebas de reflejos.

MA630C

Impedanciómetro con opción de reflejos contralaterales

MA640

Impedanciómetro con audiómetro de pruebas aéreas

MA640C

Impedanciómetro con audiómetro y opción de reflejos contralaterales

MA630/640



American Overseas Trading Corp.

4619 CARROLLTON AVENUE, NEW ORLEANS, LA 70119 USA

TELEX: 682 12 78 FAX: (504) 488 - 5150 TELEPHONE: (504) 488 - 1311

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

¡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



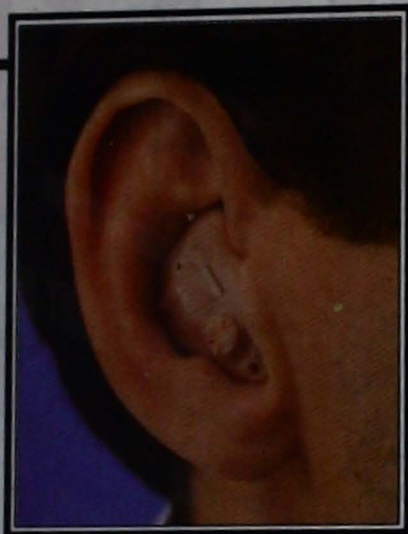
Porque la alergia
es más que histamina

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

Hoechst

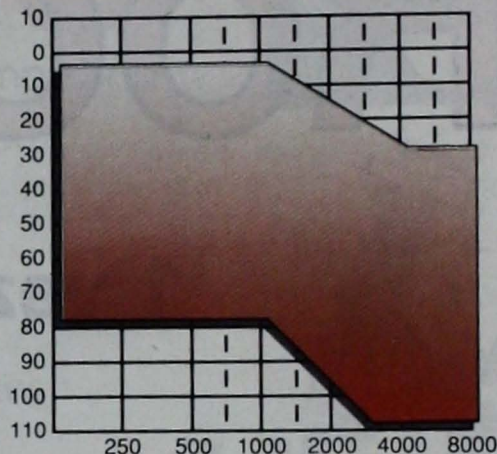


Nuestra Nueva Generacion Alcanza la Perfeccion



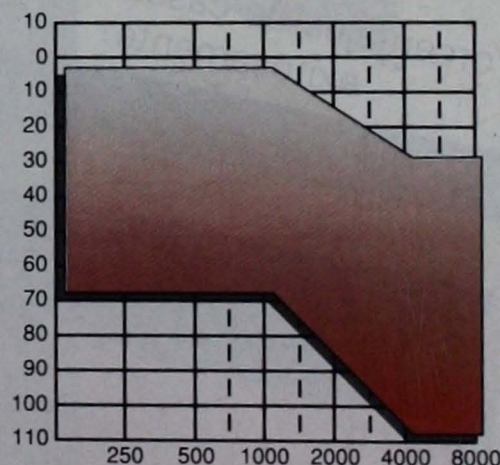
CE-7 Aparato Intraural a medida

CE-7 continúa una larga tradición Starkey como líder original en la tecnología superior de los audífonos intracanal a medida. Incorporando los muchos avances electrónicos, acústicos y estéticos de la Serie 7, el CE-7 asemeja una nueva estilizada apariencia que se complementa con el contorno natural del oído.



Intra Canal Secret e INTRA III

Gracias al perfeccionamiento utilizado en la concepción de los modelos de la Serie 7, se ha podido reducir aún más el espacio necesario para alojar los componentes. La "Revolución en el dominio del Intra canal" continúa con dos tipos: el INTRA III que utiliza la pila 312 y el ultra SECRET, el audífono más pequeño disponible hoy en día. Cada uno de ellos caracteriza una nueva y sutil experiencia que ofrece lo último en la discreción auditiva.



AUXILIARES AUDITIVOS FABRICADOS INDIVIDUALMENTE
EN MINNEAPOLIS MINNESOTA

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO DE EQUIPO MEDICO DIAGNOSTICO STARKEY
IMPEDANCIOMETRO * POTENCIALES EVOCADOS * AUDIOMETROS

CLINICA AUDIOLOGICA PALMAS
AV. DE LAS PALMAS 735 - 804 LOMAS DE CHAPULTEPEC
MEXICO, D.F. TELS.: 520 7673 y 520 7513

"BUSCAMOS REPRESENTANTES EXCLUSIVOS EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA"

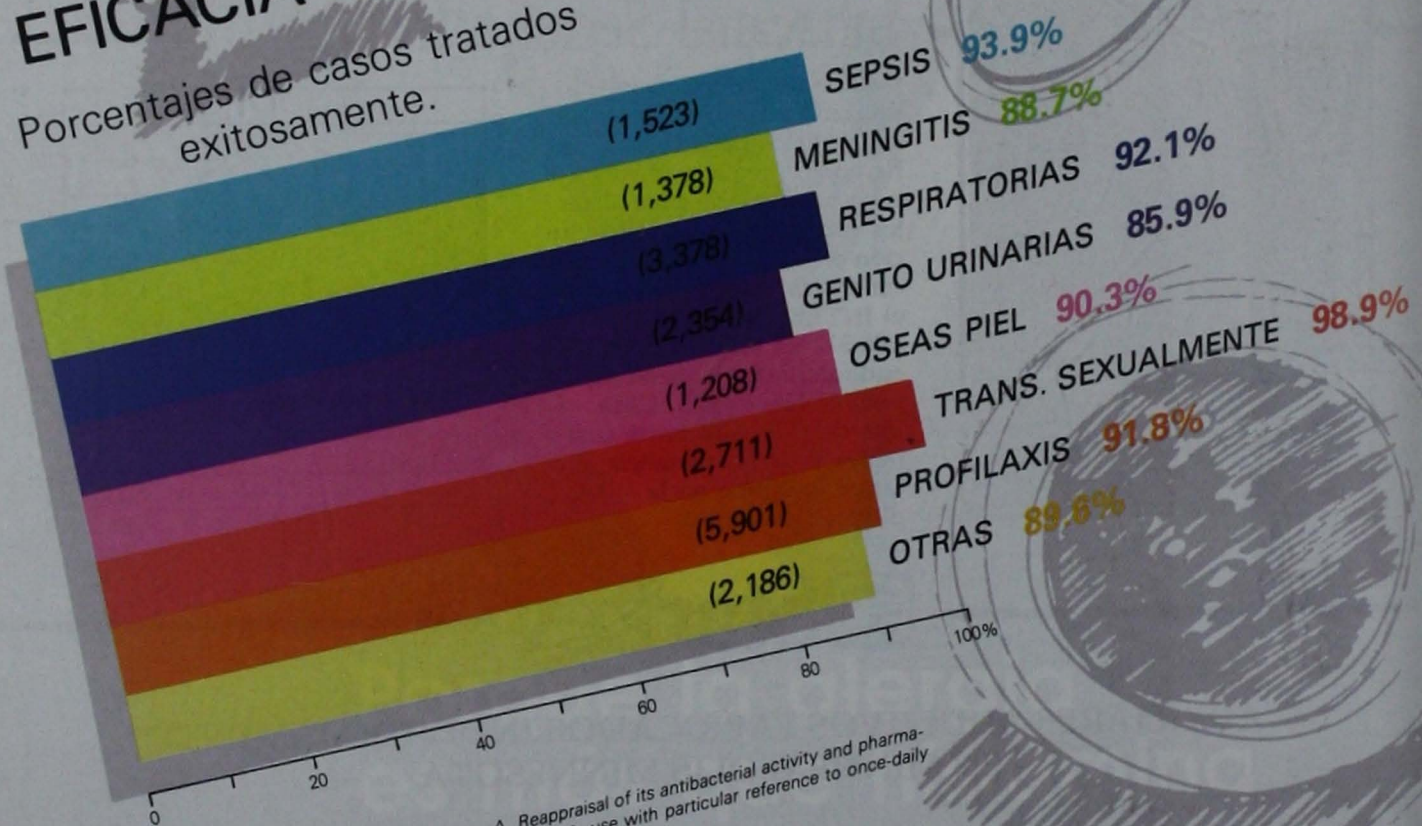
Rocephin®

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



Penglobe*

bacampicilina



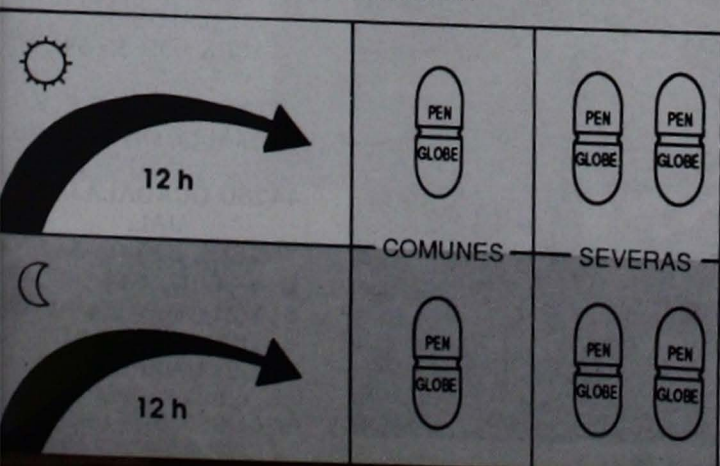
En infecciones:

Respiratorias
Gastrointestinales
Genitourinarias

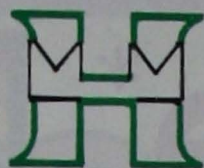
*Nuevamente
en
México*



Cómoda dosificación



**penetración
global**



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



- **TUBOS DE VENTILACIÓN:** SHEPARD, DONALDSON, GOODE EN "T", ARMSTRONG, REUTER ROBBINS, ETC
- **PROTESIS PARA ESTAPEDECTOMÍA:** SCHUKNECHT, CAUSSE LOOP, MC. CEE, ETC.
- **IMPLANTES PARA RECONSTRUCCIÓN OSCICULAR PARCIAL (P.O.P.) Y TOTAL (T.O.P.).**
- **POPE - OTO - WICK**

OTOLOGIA



▲ **SISTEMA IONESTHETIZER** elimina el uso de la anestesia local o general.



▲ **SKEETER** Sistema Ultra Ligero para cirugías finas del oído medio.

AUDIANT XA-II CONDUCTOR OSEO

Es el único dispositivo que suministra una conducción directa al hueso temporal. Disponible en 3 mm. (Infantil) y en 4 mm. (Adulto).

Procesadores de sonido



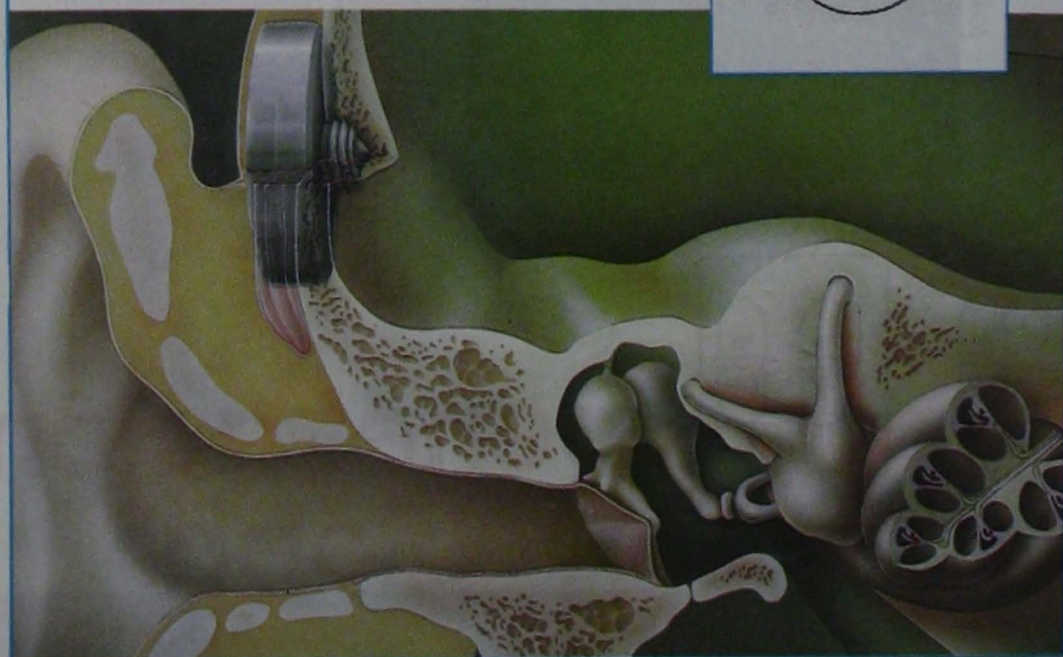
 **Xomed-Treace**
A MEDICAL

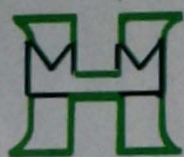
**HUERTA MEDICA
MEXICANA, S.A. DE C.V.**

ESPERANZA No. 703
LETRA B
COL. NARVARTE
03020 MEXICO, D.F.
TEL. 639-44-48,
639-35-59
FAX 639-35-59

TINO, S.A. DE C.V.
GONZÁLEZ ORTEGA No.
550
44280 GUADALAJARA,
JAL.

TELS. 614-05-31,
614-06-07, 614-06-61,
614-21-10 C/3 LÍNEAS
FAX 614-26-87





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



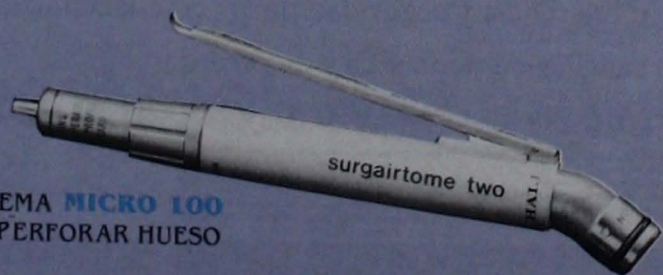
- CATETER NASAL CON VENTILACIÓN **DOYLE II**
- TABLILLA NASAL **THERMASPLINT**
- TABLILLA NASAL MAGNÉTICA DE TEFLÓN **MAGNE-GOODE**
- TUBO ENDOTRAQUEAL CON PROTECCIÓN **LASER-SHIELD**
- FUNDAS PARA MICROSCOPIOS **MICRO-GARD**



CATETER NASAL **EPISTAT**

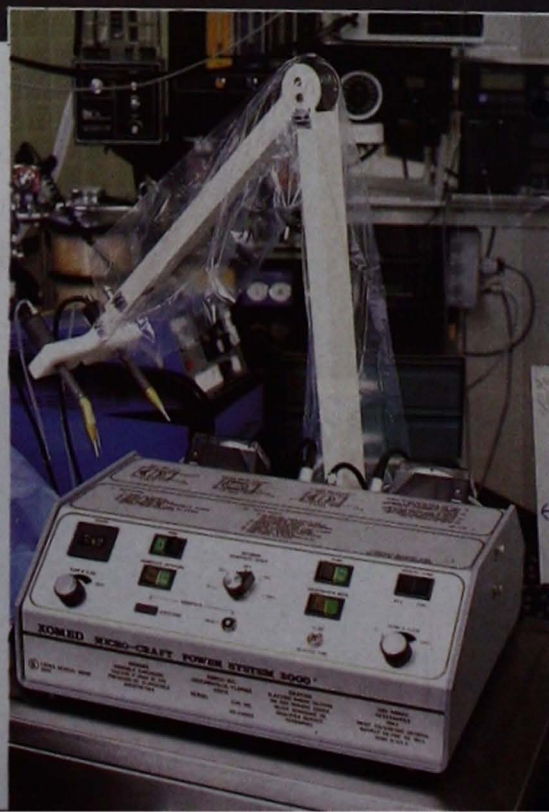


FUNDAS PARA ENDOSCOPIO
DE 30 GRADOS Y/O GRADOS



SISTEMA **MICRO 100**
PARA PERFORAR HUESO

MPS-2000 SISTEMA QUIRURGICO PARA
PERFORAR Y ESCULPIR EL HUESO



**HUERTA MEDICA
MEXICANA, S.A. DE C.V.**
ESPERANZA No. 703
LETRA B
COL. NARVARTE
03020 MEXICO, D.F.
TEL. 639-44-48, 639-35-59
FAX 639-35-59

TINO, S.A. DE C.V.
GONZÁLEZ ORTEGA No.
550
44280 GUADALAJARA,
JAL.
TELS. 614-05-31,
614-06-07, 614-06-61,
614-21-10 C/3 LÍNEAS
FAX 614-26-87



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. Pinedo, J. y Grupo de Estudio Español. Estudio multicéntrico de la actividad "in vitro" de cefuroxima comparada con otros antimicrobianos en aislados de origen extrahospitalario. *Rev. Esp. Quimioter.* (en prensa).
2. Data on file, Microbiology Division, Glaxo Group Research.
3. Mc Linn, S. et al. Clinical trial of cefuroxime axetil versus cefaclor for acute otitis media with effusion. Issues in the treatment of upper respiratory tract infections. Proceedings of a symposium by Glaxo Holdings, held in Siena, October 16, 1987.
4. Carbon, C. et al. Estudio de la tolerancia d'un nouvel antibiotique par la cohorte de pharmacovigilance. *Thromb* 43 (4 Suppl): 369-372 (1988).
1.988. PLE-2032/2

**Más allá de los
antihistamínicos
modernos**



Virlix
Cetirizina/Glaxo

es precisión antialérgica porque

rompe el círculo
vicioso de la alergia

● **Alergias
cutáneas**

● **Alergias
respiratorias**

Un nuevo mecanismo
avanzado y diferente
reúne:

**POTENCIA ANTIINFLAMATORIA
Y ANALGESICA
CON ACCEPTABLE 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

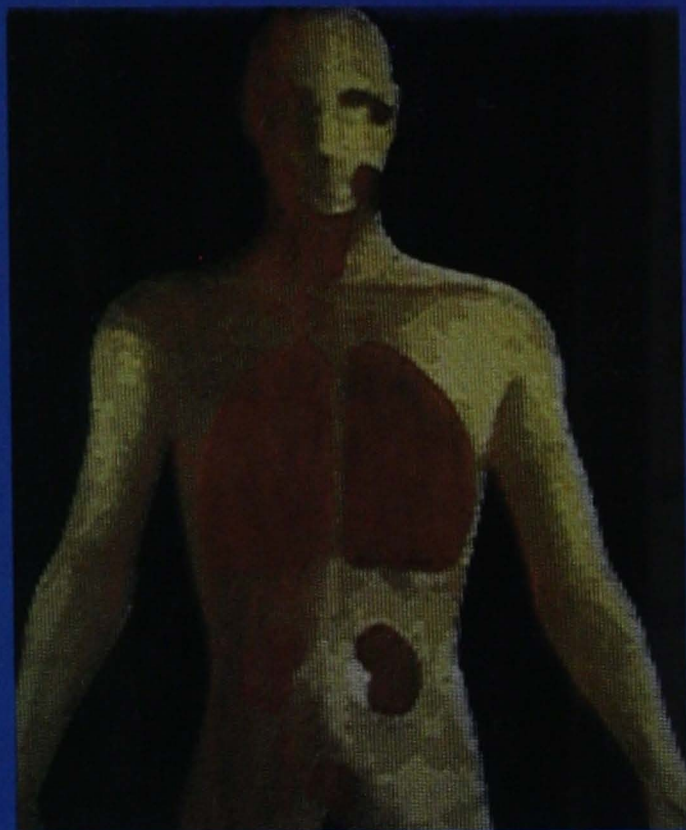
Eskafiam*
 EL ANTIINFLAMATORIO DEL TEJIDO BLANDO

Cápsulas, tabletas y suspensión

Antibiótico bactericida de amplio espectro

FORMULA: Cada CAPSULA contiene: Cefalexina Glaxo, 50 y 500 mg. **SUSPENSIÓN:** Cada 5 ml contienen: 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 osteoarticulares, infecciones de piel y tejidos blandos, infecciones del hueso, sífilis y gonorrea, infecciones dentales. **ESPECTRO ANTI-BACTERIANO:** CEPOREX es activo contra una amplia variedad de bacterias gram-positivas y gram-negativas. Tanto las cepas de estreptococos 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 morganii*, *Proteus vulgaris* o *Aerobacter aerogenes*. No presenta actividad contra *Pseudomonas aeruginosa* (pseudomona), protozoarios o virus. **DOSEIFICACION: 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. **GONORRÉA:** HOMBRES: 3 g + 1 g de Probenecid. MUJERES: 2 g + 0.5 g de Probenecid. **Niños:** 25-50 mg/kg/día, aumentando hasta 100 mg/kg/día en casos graves, sin sobrepasar 4 g al día se recomienda el siguiente esquema: 6-3 meses—62.5-125 mg dos veces al día; 4 meses-2 años—125-250 mg dos veces al día; 2-12 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. **CONTRINDICACIONES:** 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 tóxica positiva para la glucosa en la orina, con la solución Benedict o Fehling, o con tabletas Clinistest, 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, vómitos, 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 131181. S.S.A. I. Med. NIE-5114J.

Glaxo de México, S.A. de C.V.
Centeno 132, Col. Granjas Esmeralda
06610 México, D.F.
Glaxo Holdings, Ltd.
London, Inglaterra



Glaxo Pionero en Penicilinas;
Lider en Cefalosporinas

EN RINITIS ...

NUEVO BECONASE AQUA

(dipropionato de beclometasona, monohidratado)



**acción directa
y refrescante**

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

- ESTORNUDOS
- PRURITO NASAL
- RINORREA
- CONGESTION NASAL

INFORMACION PARA PRESCRIBIR

Beconase Aqua
suspensión
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

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.



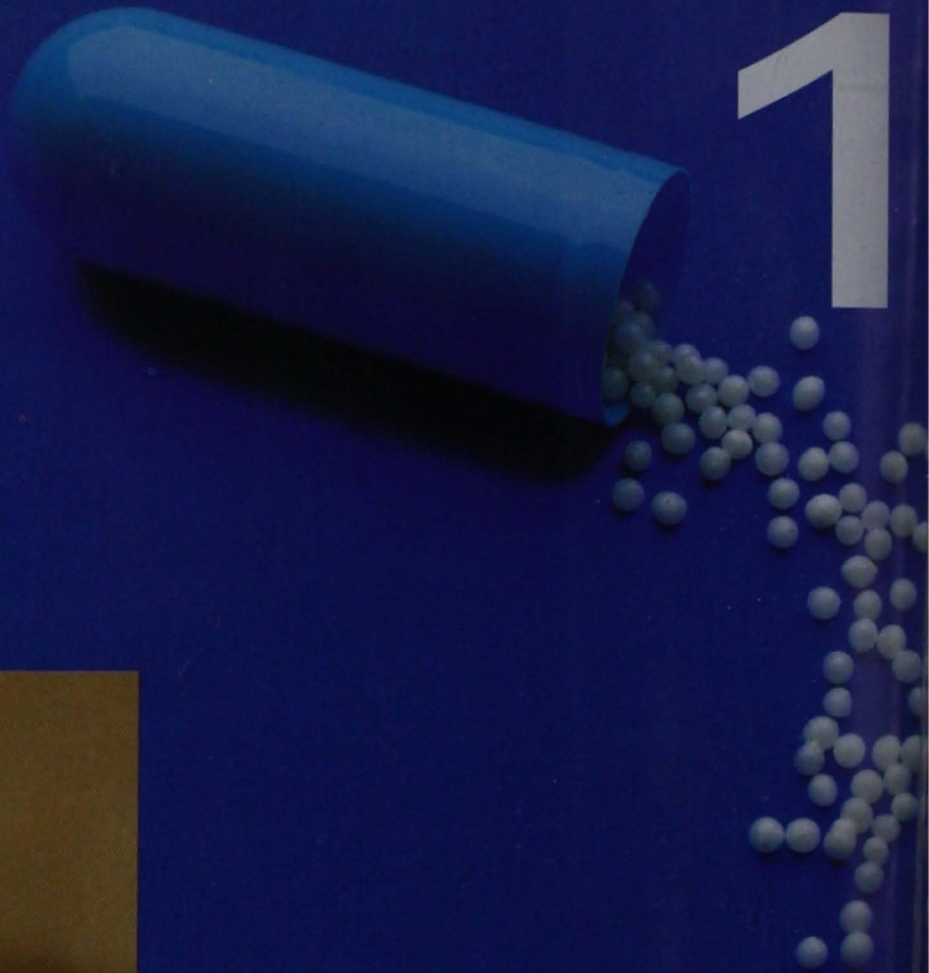
D

Descongestivo

congestion de vías

Hismanal^M

1



liberación
gradual,
alivio
sostenido

respiratorias altas

-D cápsulas

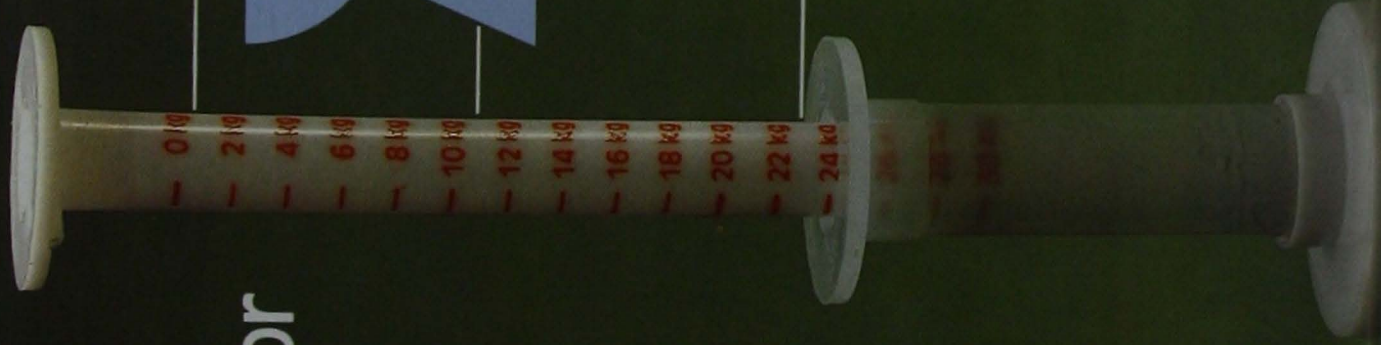
una cápsula
cada
24 horas



descongestivo,
antihistamínico,
no sedante



Congestión
de vías
respiratorias
altas
en
niños



gotero
dosificador
graduado
al
peso
corporal
de
los
niños

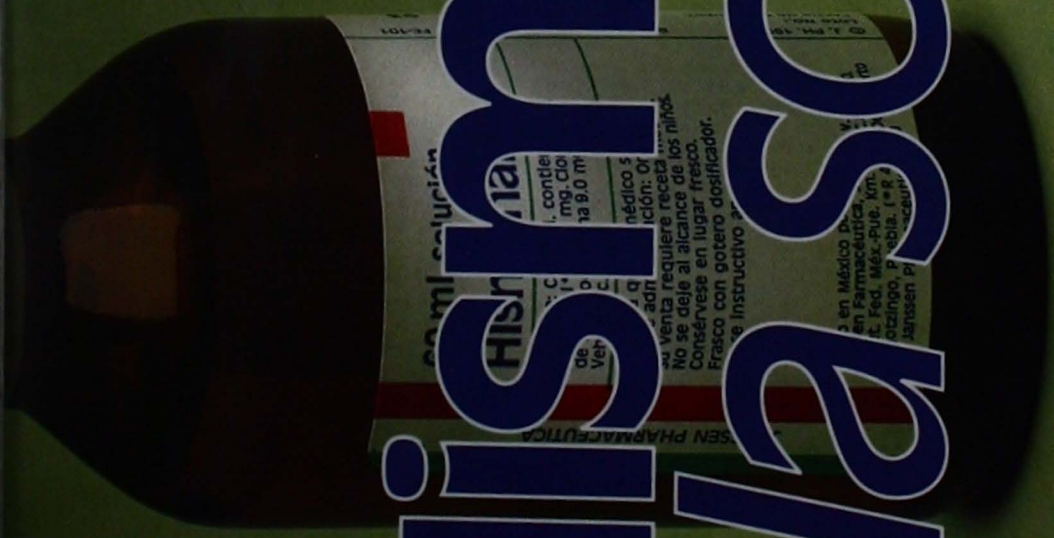


SOLUCION **Hismanal-D** MR

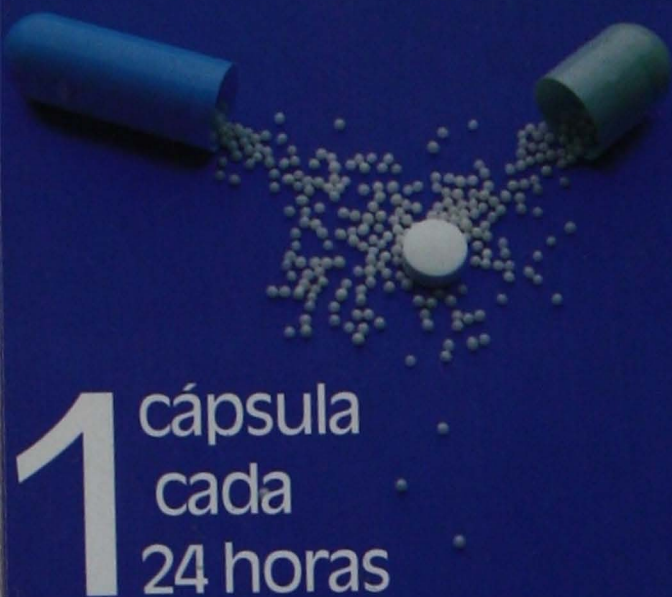
la solución exacta

en gotero dosificador graduado al peso corporal de los niños

(descongestivo-antihistamínico no sedante)



Hismanal-D cápsulas



1 cápsula
cada
24 horas

Hismanal-D solución



veces
al
día 3

Información para prescripción.

HISMANAL[®]-D. Cápsulas de Liberación Prolongada y Solución para niños Janssen.

DESCRIPCIÓN: HISMANAL[®]-D Es una combinación de un antagonista de los receptores H1 de histamina, Astemizol, y de una formulación de liberación prolongada de Pseudoefedrina por cápsula y como solución conteniendo 0.66 mg de Astemizol y 240 mg de Pseudoefedrina por cápsula y como solución conteniendo 0.66 mg de Astemizol y 9.0 mg de Pseudoefedrina por mililitro. Astemizol se encuentra químicamente designado como (1-[4-fluorofenil]-metil)-N-[1-(2-(4-metoxifenil)etil)-4-piperidinil]-1H-benzimidazol-2-amina. El Clorhidrato de Pseudoefedrina se encuentra químicamente designado como benzenometanol, o -[1-(metilamino)etil-, [S-(R*,R*)]-, clorhidrato. **PROPIEDADES:** HISMANAL[®]-D combina las acciones farmacológicas complementarias de Astemizol, una acción prolongada de antagonismo selectivo de los receptores H1 de histamina, con la descongestión nasal del Clorhidrato de Pseudoefedrina. En adultos, la dosis habitual recomendada de Astemizol es 10 mg una vez al día, además la formulación de liberación prolongada de 240 mg de Pseudoefedrina (también permite su administración una vez al día, por lo tanto HISMANAL[®]-D cápsulas puede ser administrado una vez al día. Esta formulación de liberación prolongada de Pseudoefedrina, cuando se administra en la mañana, ha demostrado no interferir con el sueño según se demostró en un estudio especialmente diseñado para ello. Estudios farmacocinéticos en el hombre demuestran que HISMANAL[®]-D se absorbe rápidamente. A niveles constantes, el promedio máximo de la concentración de plasma de Astemizol mas su metabolito desmetilastemizol (considerado juntos para representar la fracción activa farmacológica en plasma) es de 8.06 ng/ml. Existe extenso metabolismo de primer paso y distribución significativa en tejidos. La vida media terminal es de 24 horas para Astemizol y 11 días para desmetilastemizol. El promedio máximo de concentraciones de plasma de Pseudoefedrina es 438 ng/ml. Astemizol y Pseudoefedrina administradas en combinación, no interfieren con la biodisponibilidad de cada una. **INDICACIONES:** HISMANAL[®]-D está indicado en el alivio sintomático de la congestión nasal, estornudos, rinorrea y prurito nasal y ocular, como se presentan, por ejemplo, en la rinitis alérgica. **CONTRAINDICACIONES:** HISMANAL[®]-D está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida a la Pseudoefedrina, y en pacientes que reciban inhibidores monoamino oxidasa (MAO). **REACCIONES ADVERSAS:** Las reacciones adversas con HISMANAL[®]-D son esencialmente similares a las de sus componentes. Las reacciones adversas más comunes reportadas en pacientes que toman HISMANAL[®]-D son: dolor de cabeza, boca seca e insomnio. Con astemizol en monoterapia, se ha reportado aumento de peso, pero éste no ha sido observado con HISMANAL[®]-D. La Pseudoefedrina puede producir reacciones del tipo efedrina con síntomas de estimulación sobre el S.N.C. (ej. insomnio, nerviosismo, convulsiones), estimulación cardiovascular (ej. taquicardia, palpitaciones, arritmias), dolor de cabeza, mareos o náusea. **PRECAUCIONES:** Las drogas simpaticomiméticas del tipo de Pseudoefedrina, deben ser usadas con precaución en pacientes que sufren de: hipertensión, enfermedad isquémica del corazón, hipertiroidismo, diabetes mellitus, presión intra-ocular incrementada o hipertrofia prostática. Los simpaticomiméticos pueden producir estimulación nerviosa central con convulsiones, o colapso cardiovascular acompañado de hipotensión. **USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** Con HISMANAL[®]-D no se han observado efectos teratogénicos en animales. A dosis altas se observó toxicidad y embriotoxicidad materna en ratas pero no en conejos. No hay estudios adecuados y controlados de HISMANAL[®]-D en mujeres embarazadas o amamantando. Por lo tanto, HISMANAL[®]-D deberá usarse durante el embarazo o la lactancia solo si los beneficios potenciales superan los posibles riesgos. **INTERACCIONES:** HISMANAL[®]-D no deberá ser administrado a pacientes que tomen inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO). Deberá tenerse cuidado de administrar la Pseudoefedrina concomitantemente con otras aminas simpaticomiméticas y bloqueadores beta-adrenérgicos, ya que éstos pueden aumentar el efecto presor de los simpaticomiméticos. Los simpaticomiméticos pueden reducir los efectos de los antihipertensivos que interfieren con la actividad simpática (ej. metildopa, reserpina). **DOSIS Y ADMINISTRACIÓN:** Adultos y niños mayores de 12 años: una cápsula oral al día, en la mañana. Niños mayores de 2 años: 1 ml de HISMANAL[®]-D Solución por cada 10 Kg de peso corporal, tres veces al día. **SOBREDOSIS:** No deberán excederse las dosis recomendadas de HISMANAL[®]-D una cápsula al día con HISMANAL[®]-D cápsulas y la de 3 tomas al día, según el peso corporal del paciente pediátrico, con HISMANAL[®]-D Solución. No existen experiencias de sobredosis con HISMANAL[®]-D durante estudios clínicos. Se han reportado algunos casos de sobredosis con Astemizol, donde se han presentado arritmias a dosis mayores de 200 mg. Una sobredosis con Pseudoefedrina puede provocar estimulación del sistema nervioso central (ej. insomnio, nerviosismo, convulsiones) o estimulación cardiovascular (ej. taquicardia, palpitaciones, arritmias). Otros efectos incluyen hipertensión, palidez, midriasis, hiperglicemia y retención urinaria. En algunos individuos, puede presentarse depresión del sistema nervioso central con somnolencia, estupor o depresión respiratoria. En caso de sobredosis, deberán proporcionarse medidas de apoyo que incluyan emesis o lavado gástrico. Parece ser que el Astemizol no es dializable. La eliminación de la Pseudoefedrina puede ser acelerada por diuresis ácida o diálisis. En caso de sospecha de sobredosis, los pacientes deberán ser cuidadosamente observados y se recomienda el uso de monitoreo electrocardiográfico. Puede ser necesario un tratamiento antiarrítmico apropiado. **EFFECTOS SOBRE LA HABILIDAD PARA CONDUCIR Y OPERACION DE MAQUINARIA:** A la dosis recomendada, HISMANAL[®]-D ha demostrado no interferir con las actividades que requieren alerta mental. **PRESENTACIONES:** Caja con 5 cápsulas conteniendo 10 mg de Astemizol y 240 mg de Clorhidrato de Pseudoefedrina. Frasco con 60 ml conteniendo 0.66 mg de Astemizol y 9.0 mg de Clorhidrato de Pseudoefedrina, por cada ml, acompañado de un gotero dosificador graduado en Kg. Regs. Nos. 155M90/162M90 SSA. I.Méd. RLE-2754/J. I.Méd. RLE-2755/J. Janssen Farmacéutica, S.A. DE C.V. Oficinas: Canoá 79 Col. Tizapan, México, D.F. Planta: Km. 81.5 Carretera Federal México-Puebla. 74160-Huejotzingo. Miembro AMIF.

 **JANSSEN**
FARMACEUTICA

DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA

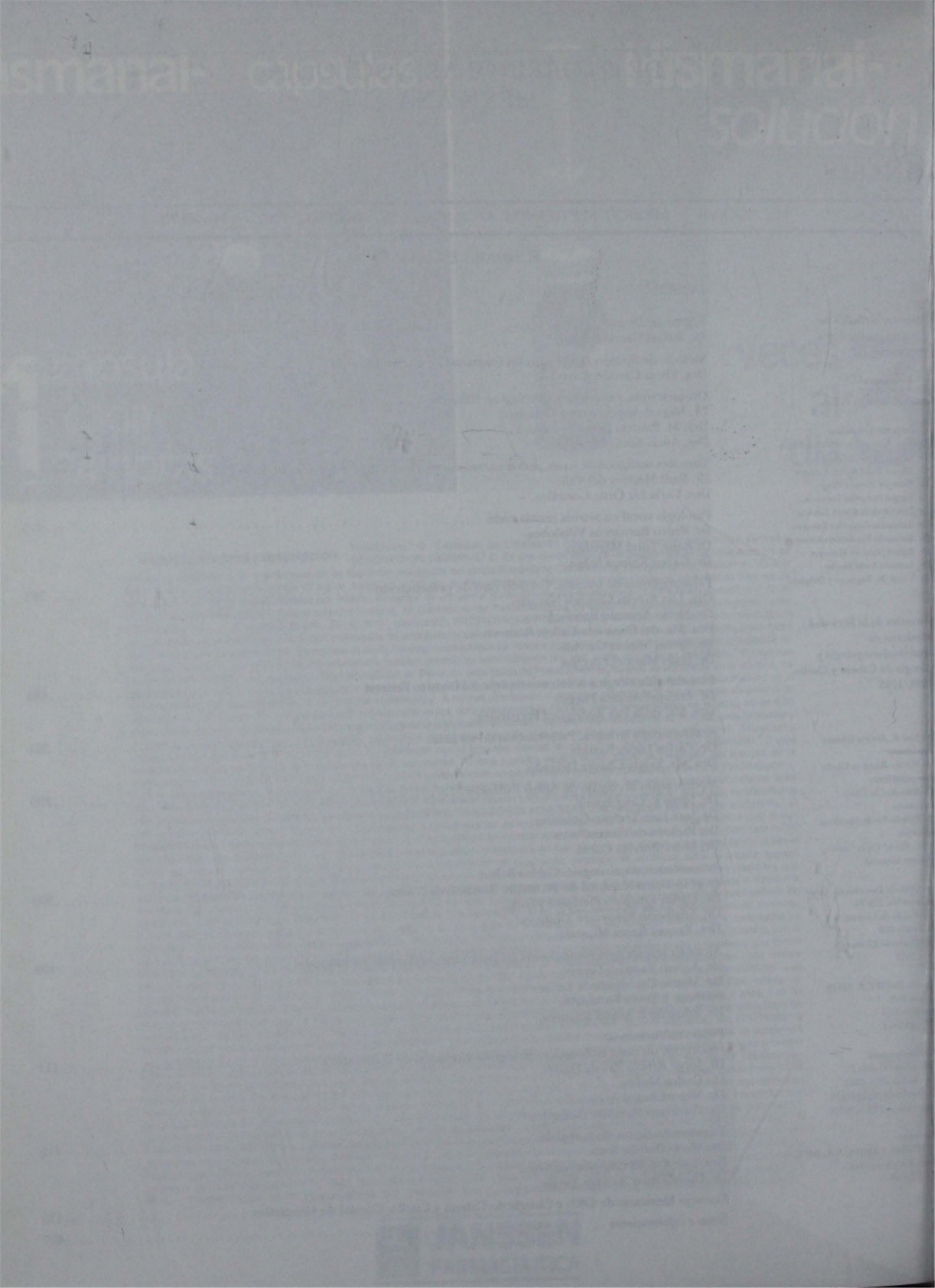
ANALES

VOL. XXXVII MEXICO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE 1992 NUMERO 4

FUNDADA EN 1949

INDICE

Directorio Anales de Otorrinolaringología Mexicana	Página del Director.	355
Director-Editor Dr. Rafael García Palmer	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 Grobisen Roudy Dr. Rafael Navarro Meneses Dr. Antonio Soda Merhy Dr. Víctor M. Reynoso y Delgado	Método de fijación rígida para las fracturas del macizo facial. Dra. Elvira Carrión Zabaraín. Otosclerosis, experiencia quirúrgica. 1982-1991. Dr. Miguel Angel Arroyo Castelazo. Dra. M. Patricia Pérez de León V. Dra. Alicia Sosa Martínez. Tumores malignos de nariz, senos paranasales y rinofaringe, experiencia en 5 años. Dr. Raúl Mercedes del Valle. Dra. Carla Liz Ortiz González. Patología vocal en artritis reumatoide. Dr. Pedro Berruecos Villalobos. Dr. René Toral Martiñón. Dr. Gabor Katona Salgo. Paraganglioma de tráquea. Un sitio raro de presentación Dra. Luz Arcelia Campos Navarro. Dr. Mario Antonio Barrón Soto. Dra. Ma. del Consuelo Calleja Romero. Dr. Rafael Muñoz Garrido. Dr. Jesús Montiel Porchas. Rinosinusitis alérgica crónica compleja del Distrito Federal. Dr. Enrique Azuara Pliego. Dra. Ma. de la Paz Rodríguez Fernández. Actinomicosis laríngea. Presentación de un caso. Dr. Carlos López Salazar. Dra. Ma. Estela Chávez Delgado. Modificación al colgajo de Abbé- Estlander. Dr. Jorge E. Cruz Ponce. Dr. José Luis Treviño González. Dr. Ricardo de Hoyos Parra. Dr. Javier Zorrilla Garza. Procedimiento quirúrgico Caldwell- Luc en el Instituto Nacional de Pediatría. Revisión de 5 años. Dr. Carlos Eduardo Pierluissi Pérez. Dr. Adalberto Navarrete Tiburcio. Dra. Raquel Reyes Miranda Alcalosis respiratoria compensada en pacientes con taponamiento nasal. Dr. Arturo Ramírez García. Dr. Martín Castañeda de León. Dr. Juan J. Reyes Fortanelli. Dr. Eduardo I. Acuña Ramírez. Pólipo esfenocoanal : reporte de un caso, hallazgos radiológicos y revisión de la literatura. Dr. Jorge Arturo Zavala Habib. Dr. Carlos Muñoz. Dr. Miguel Angel Arroyo C. Dr. Francisco Martínez Callardo. Tumores malignos de amígdala. Dr. Mario Barrón Soto. Dra. Luz Arcelia Campos Navarro. Dr. David Omar Arriaga Zavala. Consejo Mexicano de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello. Comité de Hospitales Notas e informaciones	357 363 369 375 381 385 391 395 399 405 411 415 419 427
Directiva de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello 1992/1993 Dr. José R. Arrieta Gómez Presidente Dr. Héctor Ramírez Ojeda Vicepresidente Dr. Alfredo Chi Chan Secretario Dr. Ramón Pardo Martínez Tesorero Dr. R.L. David Tapia Gámez Gerente General Dir. Gral. de Derecho de Autor Registro No. 228-78 Certificado de Licitud de Contenido 929 Certificado de Licitud de Título 1625 Licencia 13-403 C.P. 03810 México, D.F. Tel. 669-0263 AN 543-9363 Cobranza pagada Publicación Periódica Permiso No. 073 - 0985 Características: 220241116 Autorizado por SEPOMEX Impreso en EDITORIAL LAMDA, S.A. DE C.V. Formación Electrónica G. J.L.O.S.		



Página del director

Los plazos y los tiempos siempre se cumplen, es el momento de dejar el cargo en otras manos.

He permanecido al frente de esta Revista durante los pasados seis años en los cuales la publicación fue del todo puntual, ni una sola vez en los 24 números salimos fuera de tiempo.

En retrospectiva, a la que somos tan dados los médicos, puedo hablar como decía, de estricta puntualidad, en cuanto a la extensión, la Revista se ha cuando menos duplicado en el número de páginas de texto, la extensión total de la Revista en el año de 1986, esto es de los 4 números de ese año, fue ampliamente rebasado con sólo dos números de la de este año, el contenido por lo tanto ha sido duplicado en 6 años, sin hablar de la calidad de los mismos que es evidente.

Cuando recibí la Revista, los gastos de la impresión y de oficina ocasionaban fuertes dolores de cabeza a los miembros de la Mesa Directiva, pues aunque era cierto que siempre ha sido autosuficiente, las finanzas de la Sociedad se desbalanceaban cada vez que salía un número. Con alguna de las Directivas de aquel entonces, diseñamos un esquema administrativo, por medio del cual, el dinero aunque es de la Sociedad, lo administramos nosotros, bajo la supervisión del Tesorero de la Mesa Directiva, así logramos tener suficientes recursos para poder funcionar sin conflictos de dinero y dejando un patrimonio de más de 100 millones de pesos, suficientes para manejar dos números por adelantado de nuestra publicación.

El número de anunciantes se ha triplicado en el transcurso de los 6 años de los que rendimos cuentas.

El formato se mejoró hace dos años y se creó uno más moderno, en el cual colaboraron profesionales de la edición, impresores y se tomó la opinión del Grupo de Asesores de nuestra Sociedad, quienes también aprobaron el cambio de nombre. Esto nos permitió poder actualizar nuestra publicación, para aprovechar los adelantos de las técnicas modernas de impresión y entre otras cosas incorporar los colores dentro de las páginas del texto sin ningún costo extra para los anunciantes.

Así la calidad de impresión en seis años ha sufrido cambios notables, pues es indudable que la calidad de las fotografías y la limpieza de la impresión han sido significativos. Todo esto es lo positivo, responsabilidad que sin duda ha sido del eficiente administrador de la Revista (Lic. Joaquín Bohigas) y de la secretaria (Sra. Berta Sandoval); agradezco al Comité de Redacción por su puntual ayuda y al Dr. Héctor de la Garza que realizó las traducciones al inglés, pero especialmente de los colaboradores, que con sus publicaciones le han dado la calidad que tiene. Gracias a todos ustedes que envían trabajos para su publicación es por lo que hemos podido mejorarla en su extensión y por lo mismo los anunciantes nos han dado la confianza para continuar con nosotros.

En cuanto a los aspectos negativos, tenemos el continuar sin poder ser incorporados al Index Medicus, y por lo tanto no tener la proyección internacional que deseáramos tener. Es un punto que tampoco hemos conseguido, el lograr acelerar el plazo de publicación, pues actualmente requiere casi tres meses desde que el editor entrega el material hasta que vemos impresa nuestra Revista. Tampoco tenemos la calidad y la cantidad de trabajos que quisiéramos para poder hacer una adecuada selección. Hasta ahora es que empezamos a tener un número por adelantado en cuanto a volumen de trabajos. Y por lo mismo es que tampoco hemos podido cumplir con el deseo de hacer a la Revista al menos bimestral.

Concluye así el nombramiento de mi segundo período de tres años al frente de la Revista, concluyo esta responsabilidad con una clara conciencia de haber cumplido con dignidad y diligencia.

Nunca permití que la Revista fuera usada como tribuna política, a menos que expresamente lo pidiera la Mesa Directiva, no acepté ningún otro puesto dentro de la Sociedad ni dentro de otras Sociedades hermanas que no implicaran funciones de la actividad exclusivamente científica. Hice un

cuidado escrupuloso de las finanzas y no hubo un solo artículo o colaboración que fuera rechazado por razones diversas a las estrictamente científicas.

Las relaciones con las Mesas Directivas fueron cordiales y de franca participación. Agradezco a todos los integrantes su espíritu de colaboración y ayuda para cumplir mi misión.

El próximo Director-Editor de los Anales fue elegido, según los Estatutos, por la Mesa Directiva de la Sociedad y desde enero será el Dr. Jorge Corvera, hablar de él y de su capacidad es superfluo, conoce los Anales pues ha sido su Director y Subdirector, seguramente la Revista alcanzará en su nueva gestión las metas de internacionalización que se le pretende dar y usará su influencia para que se le admitan en los índices internacionales, como lo ha prometido. Estoy cierto que la Revista mantendrá su espíritu de apertura y estará alejado de todo aquello que suene a política y nepotismo, como ha sido el temor de algunos socios.

La Revista requiere de unidad en torno del Director, espero que todos colaboremos con el Dr. Corvera para conseguir los objetivos que se ha propuesto y que los destacados miembros de nuestra Sociedad que han limitado en los últimos tiempos sus colaboraciones o las de sus alumnos, se decidan a renovar su celo científico en su publicación. Sólo así lograremos, todos unidos, hacer de los Anales un mejor y más digno medio de la realidad otorrinolaringológica mexicana.

Gracias

Dr. Rafael García Palmer
Director - Editor

Método de fijación rígida para las fracturas del macizo facial

Dra. Elvira Carrión Zabarain *

Resumen.- Se presenta la experiencia de dos años y medio en 46 pacientes que presentaban 65 fracturas faciales que se trataron con un sistema de fijación ósea rígida no compresivo, se explica la técnica quirúrgica y los resultados.

Summary.- We present two years and a half of experience with a non compressive miniplate system for the osteosynthesis of 65 facial fractures in 46 patients, the surgical treatment and our results.

Introducción

Los primeros informes que tenemos sobre la colocación de placas a nivel de los huesos faciales para reducción de las fracturas datan de 1905 con König, durante una década se utilizaron pero los resultados obtenidos fueron deficientes, por lo que se volvió al método de fijación interdentalmaxilar y osteosíntesis con alambre, mismo que permaneció a la vanguardia hasta hace aproximadamente 20 años.²

Hace 20 años se inician los trabajos con miniplacas a partir del equipo AO - ASIF que fabrican miniplaca de acero inoxidable específicamente para tratar huesos cortos de carpo, metacarpo, tarso y metatarso.⁵ Estas miniplacas eran muy gruesas en cuanto a su perfil, requerían de una técnica muy depurada para su buena colocación y daban reacción a material de osteosíntesis, por lo que muchas veces era necesario una segunda cirugía para retirarlas.¹¹

En 1976 un doctor francés, Champy, basado en las experiencias previas, rediseña las miniplacas para hacerlas más maleables y de un espesor menor, además inicia la investigación de nuevos materiales más biocompatibles. Estudia la distribución de las fuerzas a través de los huesos faciales determinando las zonas donde las miniplacas suplen a la fuerza ósea siendo estos los sitios de elección para su colocación. Esta técnica cobra auge en Europa desde entonces y para los años ochenta su uso se extiende por América.³

Actualmente existen dos tipos de sistemas de fijación ósea rígida por medio de miniplacas, las de compresión, cuyos orificios son elípticos y al colocar el tornillo obtenemos una tracción axial que origina compresión y las miniplacas sin compresión cuyos sistemas están basados en la distribución de fuerzas estudiadas por Champy y después seguida por Heintz y otros.^{4,5}

Ambos sistemas tienen ventajas y desventajas, en el primero se ha observado que la compresión

* Cirujano Maxilofacial adscrito al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Español.

sin medida ocasiona necrosis de los bordes óseos en contacto ocasionando una cicatrización por segunda intención, sin embargo son muy útiles en las fracturas desplazadas con gran espasmo muscular ya que es difícil mantenerlas en reducción total en tanto se colocan los tornillos. El segundo sistema, tiene como ventaja que al no haber compresión la cicatrización ósea se hace por primera intención y su desventaja sería la dificultad para mantener los fragmentos reducidos durante su colocación.^{16, 22}

Actualmente existe el equipo de microplacas, basado en los mismos principios que los anteriores, pero en general se utiliza para fracturas de tercio medio facial donde la tracción muscular sea mínima y por tanto la compresión no es necesaria, como sería el caso de las fracturas nasales, fronto-nasales e incluso de el reborde orbitario. Siendo estas placas mucho más pequeñas y su perfil más delgado que permite su instalación en zonas donde existe poco tejido muscular sin que se vean a través de los tejidos blandos.²

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal de 46 pacientes con 65 fracturas tratadas en un periodo de 2 años 6 meses.

Todas las fracturas fueron tratadas por el servicio de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello del Hospital Español con el sistema de mini y microplacas de titanio puro sin compresión desarrollado por el Dr. Heintz.

De los 45 pacientes 8 fueron mujeres (17%) y 37 fueron hombres (83%).

Las fracturas se dividieron de la siguiente manera:

- 17 fracturas mandibulares (incluían ángulo, cuerpo y parte baja de la rama ascendente)

- 15 maxilomales
- 8 frontomales
- 2 frontobasales
- 3 frontonasales
- 11 órbita
- 4 maxilar superior (Le Fort I)
- 5 dentoalveolares altas

Las fracturas nasales no impactadas, de arco cigomático dentoalveolares bajas y de cuello y/o cóndilo mandibular no se incluyeron en el estudio ya que se siguen manejando conservadoramente, por reducción cerrada, con fijación interdentalmaxilar, elevando el arco a través de incisión de Guilles o con finoplastia convencional.

Las fracturas de ángulo mandibular se manejaron con incisiones faciales tipo Risdom hasta hace un año en que iniciamos su manejo según el método del Dr. Champy, colocando las miniplacas intraorales (Foto 1), situación que disminuye el tiempo quirúrgico y las cicatrices faciales.

Las fracturas de cuerpo mandibular se manejaron intraorales y las de rama dependiendo de la zona con incisión de Risdom o intraorales.

Las fracturas maxilomales o maxilares aisladas (Le Fort I), se manejaron a través de una incisión sublabial cuya extensión varió dependiendo de la extensión de la fractura (Foto 2).

Las fracturas de piso de orbita se manejaron a través de una incisión subciliar y las frontonasales impactadas con una incisión en alas de mariposa o bien una bicoronal si existían lesiones frontales o craneales altas asociadas. (Foto 3).

Todas las fracturas fueron manejadas con anestesia general e intubación nasotraqueal o traqueotomía dependiendo de las necesidades quirúrgicas y el estado general, si el paciente era

Foto 1
Miniplacas para fracturas de ángulos mandibulares colocadas intraoralmente según la técnica del Dr. Champy.



Foto 2
Incisión sublabial ampliada para el tratamiento de una fractura tipo Le Fort II.



Foto 3

Microplacas para fractura frontonasal por incisión en alas de mariposa y miniplaca de reborde infraorbitario por incisión infracliliar. Nótese diferencias de tamaño.



Foto 4

Ortopantomografía de paciente parcialmente desdentado en el que se usaron sus prótesis dentales para mantener la oclusión durante la colocación de las placas.



procedimiento, posteriormente se colocaron las miniplacas en las fracturas reducidas y al terminar el procedimiento se quitaron los candados y las férulas de Erick de manera que el paciente salía de la anestesia sin fijación interdental pero con la seguridad de haber mantenido la oclusión correcta y de no haber alterado la dimensión vertical facial. Los pacientes edéntulos se manejaron con fijación circunmandibular y tirantes de rebordes piriformes para mantener sus prótesis en posición y poder hacer la fijación interprótesis dental para cubrir las mismas condiciones. (Foto 4).

politraumatizado. Todas las fracturas que involucraron maxilar superior o inferior fueron reducidas e inmovilizadas con férulas de Erick y candados de alambre como primera parte del

Las miniplacas o microplacas utilizadas fueron las que se adaptaron mejor a la fractura, siguiendo siempre la indicación del fabricante-autor en cuanto a su elección según la zona a inmovilizar.

Foto 5

Ordenador con miniplacas y tornillos.

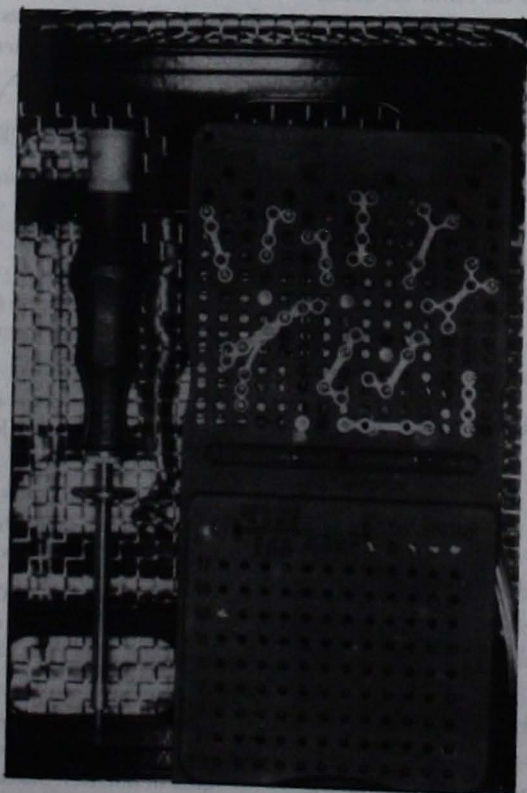
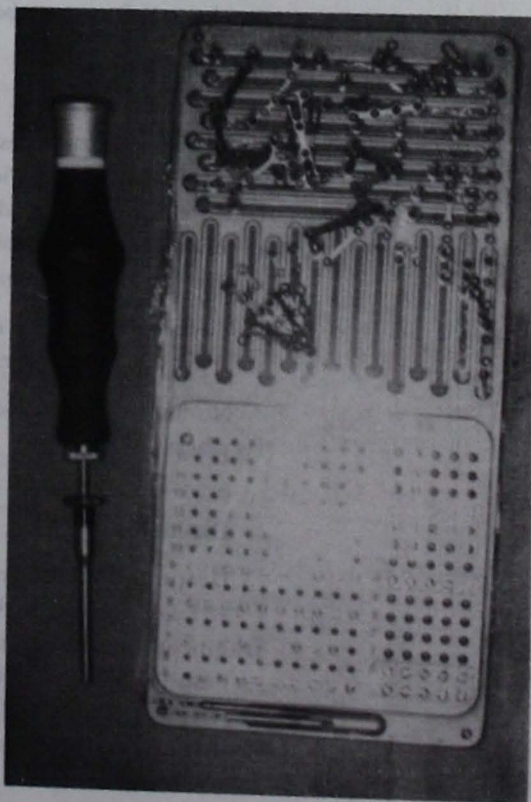


Foto 6

Ordenador con microplacas y tornillos Desarmador para la colocación de ellos.



Una vez expuesta la fractura se elige de un gran número de formas la mini o microplaca que mejor se adapte al trazo de fractura, posteriormente con las pinzas dobladoras se moldea para que quede íntimamente adherida al hueso en toda su extensión y entonces se procede a colocar el primer tornillo de preferencia en la parte distal de la fractura, se hace la reducción manual o con pinzas de la misma si esto es necesario y se coloca el segundo tornillo en la zona proximal de la fractura, una vez hecho esto tenemos nuestra fractura reducida y estable para colocar los demás tornillos que requiera la mini o microplaca.

Todos los tornillos de las miniplacas de este sistema tienen un grosor de 2mm menos los de emergencia cuyo grosor es de 2.3 mm y todos los tornillos de las microplacas tienen un grosor de 1.5 mm menos los de emergencia que son de 2mm de grosor. Los tornillos de emergencia se utilizan cuando la perforación se barre o el hueso no es muy denso y el tornillo normal abocarda un poco más ancho el hueso.

En cuanto a su longitud utilizamos tornillos de 5.5mm para todas las fracturas de tercio medio facial, de 7mm para las fracturas de cuerpo mandibular y de 11mm para las fracturas de angulo-mandibular y rama mandibular. En el caso de las microplacas usamos tornillo de 5mm en zonas nasales y de 6mm en rebordes orbitarios.

Resultados

De todos los pacientes tratados con este método, tuvimos una infección, misma que cedió con curaciones y el empleo de antibioticoterapia sin necesidad de retirar la miniplaca del angulomandibular que fue puesta extraoralmente.

Tuvimos un caso de maloclusión post-operatoria por problemas en el manejo de la técnica.

No tuvimos necesidad de retirar ninguna de las placas.

Discusión

Después de haber usado durante un año (1981) el equipo de AO-ASIF de pequeños fragmentos y acero inoxidable y haberlo dejado en desuso por las complicaciones antes referidas y después de 10 años (1979-1989) de haber usado los métodos convencionales de fijación interdentomaxilar y osteosíntesis con alambre, llegamos a

la conclusión después de 2 años y medio (1990-1992) de utilizar este sistema de fijación ósea rígida que la única desventaja para su uso es el costo que representa para el paciente las placas y los tornillos, mientras que las ventajas, todas derivadas de poder salir de quirófano con la boca abierta son múltiples; en primer lugar baja en forma importante el riesgo de broncoaspiración postanestésica, se evita la colocación de sonda nasogástrica que poníamos para evitar en lo posible los vómitos con la boca amarrada, evita la alimentación líquida durante 6 a 8 semanas que hacía al paciente perder entre 6 y 10 kilos de peso, actualmente se dejan con dieta líquida sólo la primera semana, posteriormente papillas, dieta suave y a la cuarta semana se inicia la dieta normal, además el paciente puede reintegrarse a su vida normal en un lapso de una semana en promedio. Para los politraumatizados y los pacientes con enfermedad de base como la diabetes el hecho de poder alimentarse adecuadamente ayuda a que su estancia intrahospitalaria sea menor y menos complicada.

De todo lo anterior creemos que salvo aquellos casos en que una mini o microplaca no están indicados, como en las fracturas de cóndilo, dentoalveolares, algunas de arco cigomático y las nasales no impactadas o conminutas, el tratamiento de elección hoy en día es el uso de alguno de los múltiples sistemas de fijación ósea rígida que existen hoy en el mercado.

Referencias Bibliográficas

1. Bogi I.; Szabo G.: Miniaturized plate osteosynthesis in the surgical treatment of mandibular deformities. Fogorov Sz 81:1 1988
2. Ikenura K.; Hidaka H.; Etolit.; Kabata K.: Osteosynthesis infacial bone fractures using miniplates. Clinical and experimental studies. J. Oral maxill. Surg. 46:10, 1988.
3. Cawood J.: Small plate osteosynthesis of mandibular fractures. British Jour. Oral Maxillo. Surg. 23:77, 1985
4. Champy M.; Loode J. P.: Synthésis mandibulaires. Localisation des synthésis en fonction des contraintes mandibulaires. Rev. Stomat. 77:971, 1976.
5. Champy M.; Loode J. P.; Grasset D.; Muster D.; Maviano A.: Osteosynthésis mandibulaires et compression. Ann. Chir Plast. 22:165, 1977.
6. Champy M.; Loode J. P.: Etude des contraintes dans la mandibule fracturée chez l' homme. Mesures theoriques et verification par jauges extensométriques in situ. Rev. Stomat. 78:545, 1977.

7. Champty M.; Looze J. P.; Schimtt R.; Jaeger J.; Muster D.: Mandibular osteosynthesis by miniature screwed plates via buccal approach. J. Maxillo. Surg. 6: 14, 1978.
8. Ewers R.; Harle F.: Experimental and clinical results of new advances in the treatment of facial trauma. Plast. Recons. Surg. 75:25, 1985.
9. Hoister W.: Experience with functionally stableplate osteosynthesis after forward displacement of the upper jaw. J. Maxill. Surg.8:176,1980.
10. Kai H.; Tenhuelzend D.: Compression osteosynthesis of mandibular fractures; a retrospective study. J. Oral Maxill. Surg. 43: 585, 1985.
11. Klotch D.W. Prein J.: Mandibular reconstruction using AO plates. Am. J. Surg. 154 : 384, 1987.
12. Komisar A.; Shapiro B.; Danzinger E. ;Szpron M.; Cobelli N.: The use of osteosynthesis in immediate and delayed mandibular reconstruction. Laryngoscope 95:1363,1985.
13. Krebs F.J.: Dynamic compression plating in treatment of the fractured, edentulous mandible. Laryngoscope 98:198,1988.
14. Leonard M. S.: The use of lag screws in mandibular fractures. Otolaryng. Clin. North Am. 20:479,1987.
15. Levine P. A.: A.O. Compression plating technique for treating of the edentulous mandible. Otolaryng. Clin North Am. 20:457, 1987
16. Luhr H. G.: Vitallium Luhr systems for reconstructive surgery of the facial skeleton. Otolaryng. Clin. North. Am. 20:573, 1987.
17. Mr. Donald W.; Stoelinga P.; Blijdorp P.; Schoenares J.; Champty bone plate fixation in sagittal splint osteotomies for mandibular advancement. J. Adult Orth-Orthog. Surg. 2:89,1987.
18. Neal D.;Warner W.: Morbidity asociated with teeth in the line of mandibular fracturas.J.Oral Surg.36:859,1978.
19. Pantelis N.; Boch L.: A retrospective study of 1521 mandibular fractures.J. Oral Maxill Surg.42:28,1984.
20. Persson G; Hellem S. Nord P.: Bone plates for stabilizing Le Fort I oetotomies. J.Maxill, Sur. 14:69,1986.
21. Raveh J.; Plate osteosynthesis of 367 mandibular fractures. J. Craniomaxill. Surg. 15: 244, 1987.
22. Wald RM. Jr.;Abemayor E.Zempleany J.; Mannai C.; Lesavoy MA: Transoral treatment of mandibular fractures using non compression miniplates a prospective study. Ann.Plast Surg. *0:409,1988.

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

- 1.- Los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología es el Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello y publica todos los trabajos científicos que sean inéditos, originales y de publicación exclusiva, siempre y cuando sean aprobados por el Comité de redacción de la propia Revista. Estas instrucciones se basan en los Requerimientos Uniformes para Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas.
- 2.- Los trabajos enviados a los Anales no podrán ser sometidos a la consideración de otra publicación hasta que no informe que el artículo no ha sido aprobado.
- 3.- El manuscrito estará escrito en máquina a doble espacio y con márgenes de 2.5 cm como mínimo en todos sus lados, cada una de las secciones del artículo deberán de iniciarse en página diferente y cada una de ellas deberá estar numerada en el ángulo superior derecho. El orden será el siguiente: página del título, resumen en español, resumen en inglés, texto, agradecimientos, referencias, tablas (cada una en página diferente), pies de figura. El autor enviará dos tantos de todo el material y conservará una copia personal pues no se devolverá el original.
- 4.- Página del título: es la primera página y deberá contener el título del trabajo, nombre y títulos de los autores, seguido del puesto que desempeña y sitio de trabajo. La dirección y teléfono del autor con el que se debe establecer correspondencia.
- 5.- Página del resumen: deberá ser claro y conciso expresando brevemente el contenido y conclusiones, sin hacer mención o referencias, cuadro o ilustraciones. El mismo es conveniente que traduzca al inglés. En esta misma página deberán venir 4 o 5 palabras claves sobre el contenido del artículo.
- 6.- Texto: La mayoría de los trabajos deberán venir divididos en las secciones de introducción, material y métodos, resultados y discusión. En la introducción escriba claramente los objetivos y propósitos del trabajo y consigne solamente las referencias pertinentes. Describa los métodos utilizados, los instrumentos y procedimientos con detalle, para que otro investigador pueda repetir el experimento con los mismos resultados. Exponga los métodos estadísticos. Los resultados se expondrán en secuencia lógica y sin repetir en el texto lo que se demuestra en cuadros y figuras. En la discusión no repita los resultados destaque los más importantes y 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 (IE) utilice las unidades del Sistema Internacional de Unidades.

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

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

Ejemplos de Revistas:

Vilar-Puig, Osorno VA, Espinosa RJ

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

Ejemplos de libros:

Un sólo autor:

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

Capítulo de un libro:

Schulmann, J.B. Traumatic diseases of the ear and temporal bone. En: Goodhill V., Ed. *Eardiseases. deafness*, Hngers town: Harper and Row, 504-24.

9.- Fotografías: deberán de entregarse en blanco y negro en tamaño postal o mayores, en la parte posterior, con una etiqueta se deberá anotar el número de la figura y el sentido con flechas, indicando su orientación. Las fotografías deberán de entregarse dentro de un sobre y no pegadas sobre papel.

10.- Leyendas: Cada tabla y fotografía debe tener una leyenda, llamada pie de figura. Los pies de figura se presentan en una hoja en párrafos separados correspondientes cada uno al número de la figura que debe anotarse en el margen izquierdo.

11.- Cuadros y gráficas: Las tablas deberán numerarse en forma progresiva con números romanos. Cada una debe tener un título explicativo.

12.- El Comité de Redacción se reserva el derecho de rechazar un artículo en todo o en parte o de sugerir al autor las correcciones pertinentes previas a su publicación.

13.- Todo el material permitido para publicaciones deberá ser enviado al Director-Editor de la Revista en la dirección de la Revista.

14.- Responsabilidad: El Editor y el Comité de Redacción no aceptan responsabilidad por el contenido del texto o las ilustraciones. Esta es exclusiva de los autores.

Otoesclerosis, experiencia quirúrgica 1982 - 1991

Dr. Miguel Angel Arroyo Castelazo*

Dra. M. Patricia Pérez de León V.**

Dra. Alicia Sosa Martínez ***

Resumen.- Se presenta la casuística de 157 pacientes con Otoesclerosis intervenidos quirúrgicamente por el primer autor, en un lapso de 10 años, 1982-1991, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México S.S. bajo la técnica de estapedectomía, utilizando prótesis de House y de Schuknecht.

Se practicó, estudios clínicos, audiológicos y de imagen, se analizan los resultados y se dan conclusiones.

Summary.- A report of 157 cases of otosclerosis treated surgically in a period of ten years (1982-1991) by the senior author in the Otolaryngology Department of the Hospital General de México, S.S. is analyzed.

The surgical technique was stapedectomy using a House wire or a Schuknecht piston, the clinical, audiologic and radiologic findings as well as long term results are discussed.

Palabras clave: Otoesclerosis, estapedectomía, cirugía.

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

**Médico residente 3er. año, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General de México S.S.

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

Introducción

La Otoesclerosis, es causa frecuente de disminución en la función auditiva, siendo una enfermedad autodistrófica, limitada al hueso temporal, afectando primariamente a la cápsula ótica del laberinto resultando frecuentemente en una fijación del estribo involucrando la cóclea y otras partes del laberinto, con una evolución progresiva.¹

La otoesclerosis también llamada otoespongiosis, es una enfermedad primaria focal del tejido esponjoso de la cápsula ótica, en la mayoría de los casos, la otoespongiosis no causa síntomas y es silenciosa, en el 12% de los casos la enfermedad invade la ventana oval, causando fijación del estribo.

En algunos pacientes la otoespongiosis está asociada a una degeneración coclear solamente.²

Aunque se ha observado en fetos y especímenes de huesos temporales en niños, es característico que esta enfermedad se presente al inicio de la edad adulta, aunque también puede aparecer en la 5a. y 6a. décadas de la vida.

La enfermedad habitualmente es bilateral y simétrica. La incidencia exacta no se conoce, pero se estima entre el 5 al 7% de la población blanca, siendo menos comunmente en la raza

negra y oriental,¹ mostrando así una variabilidad geográfica; es más común en el sexo femenino 2.5 :1 y frecuentemente con el embarazo se manifiestan cambios auditivos importantes.

La herencia es un factor de indiscutible trascendencia pero no constante. El aspecto genético es autosómico dominante, probablemente asociado al gen DFN, con transmisión autosómica, penetrancia incompleta y expresividad variable, siendo la preponderancia femenina atribuible a factores endócrinos.¹

Se desconocen efectos sistémicos de la enfermedad.

La lesión primaria ocurre en la cápsula ótica alrededor de la ventana oval, involucrando al ligamento del estribo, fijando la parte anterior de la platina y la crura anterior.

La platina se inmoviliza progresivamente, involucrando principalmente a la crura posterior, y la hipoacusia conductiva es el resultado de este proceso.

Aunque se han realizado estudios genéticos, basados en patrones histológicos que identifican a la otoesclerosis, no se ha llegado a definir su etiología y patogenia.

Una de las teorías más aceptadas en relación a su etiología es la de ser una enfermedad autoinmune con respuesta colágena a restos embrionarios cartilagosos de la cápsula ótica y la fisura antefenestra.³

En estadios tempranos, la osteodistrofia es representada por una otoespongiosis, la cual se debe a un incremento de la vascularidad y resorción de hueso a nivel de la cápsula ótica.

Esta forma de espongiosis vascular es comúnmente vista cuando la enfermedad ocurre en niños y adultos jóvenes. La forma típica es vista en adultos, siendo la fase de esclerosis en la que hay formación de tejido óseo y remodelación del mismo.

Los grandes espacios vasculares en la otoespongiosis son reemplazados por tejido de mayor densidad, un patrón de hueso inmaduro con características inusuales es la arquitectura observada.⁴

Se han descrito cuatro estadios clásicos en la patogénesis y progresión de la otoesclerosis.

I. Cambios de resorción, produciendo destrucción endocondral del hueso, atribuible a hi-

drolasas lisosómicas, así como la absorción de calcio por los osteoclastos por pinocitosis.

II. Hueso inmaduro basófilo, producido por depósitos osteoides de mucopolisacáridos con colágena fibroblástica.

III. Hueso nuevo maduro, acidófilo laminado.

IV. Mosaico de hueso altamente mineralizado emergiendo finalmente.⁴

Desde el punto de vista fisiopatológico, la escuela más temprana y significativa, es el incremento de la resistencia mecánica del arco estapedial y de la platina, resultando finalmente la fijación ósea de la articulación estapedio-vestibular a nivel del ligamento de la ventana oval.⁴

En un artículo muy interesante de los últimos años se practica un estudio en 186 especímenes de biopsia de hueso otoescleroso bajo técnicas de histoquímica (técnica de peroxidasa-anti-peroxidasa) para inmunoglobulina G Y M y C₃ de complemento, encontrando 61 casos con focos activos, siendo en inactivos en donde no hay evidencia de IgM y IgG, concluyendo que el proceso inmunológico puede ser muy importante en la patogénesis de la otoesclerosis.⁵

Los síntomas primarios de esta enfermedad, son hipoacusia lenta y progresiva, de inicio incierto, lo cual puede ocurrir desde la infancia, siendo la tercera y cuarta década de la vida las más frecuentes. Generalmente bilateral y simétrica, encontrándose en el 15% de los casos en forma unilateral en su inicio, el acúfeno o tinitus, es referido comúnmente en estadios tempranos, pudiéndose asociar a ciclos menstruales en algunas pacientes, lo cual desaparece en fases más avanzadas. Los episodios de vértigo que algunos manifiestan son generalmente por la asociación de patología en el laberinto vestibular y la consecuente pérdida sensorial auditiva que se encuentra en los estudios audiológicos.^{6,7}

La audiometría tonal parte de la evaluación audiológica de rutina demostrará en la mayoría de los casos una pérdida de conducción con diferencial óseo que en general es de 20 a 30 dB de diferencia, cuando las lesiones invaden la región posterior y peribasal de la platina, se hace manifiesto una caída mayor en frecuencias agudas. Las pérdidas auditivas mixtas, en que la cóclea está involucrada harán que la diferencial entre vía aérea y ósea se compriman.

La presencia de inestabilidad es algo muy difícil de valorar en pacientes afectados de otosclerosis, se sabe que ocasionalmente puede aparecer una hidropesía endolinfática especialmente en la otosclerosis cocleares avanzadas. Se han descrito una gran variedad de síntomas vestibulares, siendo el más común de ellos el vértigo paroxístico posicional.⁸

Schuknetch afirma que los pacientes otoscleróticos suelen presentar alteraciones vestibulares,⁴ Virolainen menciona que se pueden detectar distintas alteraciones objetivas como es hipoxitabilidad calórica en 57% de casos explorados, así como la existencia de umbrales elevados para la aceleración y desaceleración angular, preponderancia direccional y nistagmus posicionales.⁸

Los estudios de impedanciometría en los que encontramos por lo general un reflejo acústico del músculo del estribo negativo y gráfica de timpanograma desde normal en casos no tempranos así como restricción de la movilidad timpánica en la mayoría de los más avanzados.

El tratamiento médico propuesto por Shambaugh y Scott en 1964 con el uso de dosis moderadas de fluoruro de sodio para promover la recalcificación e inactivación de los focos de otospongiosis ha sido de gran controversia, sin embargo ha sido usado por múltiples autores, con las recomendaciones generales, precauciones y elección de los casos en fase de otospongiosis que es hasta el momento actual lo único que se conoce para esto.^{2,9}

La cirugía, es el tratamiento de elección para la otosclerosis siempre y cuando se cumplan con una serie de requisitos que le den la posibilidad de mejoría auditiva a un paciente a través de este método, sea cual fuere la técnica quirúrgica que se utilice. Desde 1878 a la fecha se han descrito múltiples y variados accesos al laberinto con la finalidad de restablecer la audición, es hasta 1956 en que Shea reemplaza el estribo, colocando un injerto venoso y un tubo de polietileno entre éste

y el yunque, es a partir de entonces que las modificaciones a las técnicas y el uso de diferentes materiales, plásticos, metálicos, biológicos y autógenos han demostrado sus beneficios.^{10, 11, 12}

Material y Método

Se estudiaron 203 pacientes con diagnóstico de otosclerosis vistos en el servicio de otorrinolaringología del Hospital General de México S.S.; a todos ellos se les practicó historia clínica otorrinolaringológica, evaluación audiométrica de tonos puros, logaudiometría e impedanciometría; estudios de imagen, politomografía, tomografía computarizada de oídos.

Los resultados audiométricos preoperatorios revelaron una hipoacusia bilateral de predominio conductivo de 35 dB promedio con una diferencial aérea-ósea de 25 dB promedio.

La audiometría vocal fue favorable en todos los pacientes operados, con una adecuada discriminación fonémica, las pruebas de impedanciometría reportaron, ausencia de reflejo estapedial bilateral y timpanograma As, con excepción hecha de los casos unilaterales.

Los datos obtenidos por imagen de politomografía en un gran número de pacientes y tomografía computarizada en otros, apoyaron el diagnóstico en el 90% de los casos.

Se intervinieron quirúrgicamente previa sedación con diazepam 10 mg por vía intramuscular, con anestesia local a base de xilocaína con adrenalina a una dilución de 1:10,000.

Algunos casos especiales ya fuera por la edad, o por condiciones que así lo requirieron fueron operados con anestesia general y con aplicación de anestesia local en el conducto auditivo externo.

Del total de estapedectomías realizadas, 81 casos correspondieron a oído derecho, 59 a izquierdo y 17 a cirugía bilateral Tabla III.

Tabla I ESTAPEDECTOMIAS

157 Pacientes	
108 Sexo Femenino	= 69 %
49 Sexo Masculino	= 31 %

Tabla II 157 ESTAPEDECTOMIAS

EDAD
Mínima 13 AÑOS
Promedio 29 AÑOS
Máxima 64 AÑOS

Oído derecho 81 casos	= 51 %
Oído izquierdo 59 casos	= 38 %
Bilaterales 17 casos	= 11 %

El número de casos por año, en los cuales se puede observar una disminución franca de 1985 y 1986, corresponde al sismo de la ciudad de México, que paralizó las actividades hospitalarias durante ese tiempo. Tabla IV

Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron en 104 pacientes con estapedectomía con aplicación de pericondrio de trago y prótesis de House de alambre. En 53 pacientes se realizó con platinectomía parcial y prótesis de Schuknecht de tefloalambre. Tabla V.

Resultados

La ganancia funcional obtenida con los controles audiométricos postoperatorios a los 3 meses fue hasta 10 dB en 15% hasta 15 dB en 11.5% hasta 20 dB en el 58.7% que corresponde al mayor grupo de los pacientes intervenidos, los que tuvieron una mejoría auditiva de hasta 25 dB el 7.1%, hasta 30 dB el 5.7% y de 30 o más dB el 2%. Tabla VI.

En 15 casos, hubo necesidad de seccionar la cuerda del tímpano, situación a la que nos enfrentamos en el proceso técnico-quirúrgico, un caso de paresia facial que se recuperó íntegramente,

PROTESIS DE HOUSE		
4.00 mm =	2 casos =	2.0 %
4.25 mm =	18 casos =	17.4 %
4.50 mm =	82 casos =	78.8 %
4.75 mm =	2 casos =	2.0 %
Total 104 casos		
PROTESIS DE SCHUCKNECHT		
4.00 mm =	6 casos =	11 %
4.25 mm =	10 casos =	19 %
4.50 mm =	37 casos =	70 %
Total 53 casos		

1982 = 10 casos	1987 = 17 casos
1983 = 15 casos	1988 = 21 casos
1984 = 17 casos	1989 = 18 casos
1985 = 9 casos	1990 = 23 casos
1986 = 2 casos	1991 = 25 casos

en 3 pacientes hubo anacusia unilateral y fueron enviados a adaptación de auxiliar auditivo del oído contralateral.

Tres pacientes empeoraron su hipoacusia y se les adaptó AAE en 5 casos la audición permaneció sin cambios al pre-operatorio y fueron reintervenidos, practicando revisión quirúrgica cuyos hallazgos en 3 la prótesis fuera de sitio adecuado y en 2 una longitud insuficiente de la misma, en todos ellos, les fue substituida, obteniendo buenos resultados.

Las crisis de vértigo que se presentan en el postoperatorio son controladas con frenadores laberínticos y ceden en un periodo variable de hasta un mes.

El acúfeno que algunos pacientes manifiestan en el postoperatorio en general ceden con vasodilatadores de la microcirculación.

Conclusiones

Se efectuó un estudio retrospectivo, de 203 pacientes que fueron diagnosticados como otosclerosis, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México S.S., de los cuales 157 fueron intervenidos quirúrgicamente de estapedectomía en un periodo de 10 años, los hallazgos quirúrgicos que corroboraron los diagnósticos clínico-audiológico y de imagen nos demuestran que, pacientes con hipoacusia lenta progresiva en el mayor de los casos bilateral,

0 a 10 dB =	23 casos =	15 %
11 a 15 dB =	18 casos =	11.5 %
16 a 20 dB =	92 casos =	58.7 %
21 a 25 dB =	11 casos =	7.1 %
26 a 30 dB =	9 casos =	5.7 %
31 o más dB =	3 casos =	2.0 %

simétrica, asociada a mayores manifestaciones clínicas con el embarazo y lactancia, de predominancia femenina, sin antecedentes infecciosos, más si de hipoacusia familiar en un porcentaje elevado, hacen que esta patología pueda ser detectada tempranamente, diagnosticada adecuadamente y tratada con oportunidad, cuando el paciente puede obtener la recuperación funcional a través de una cirugía.

Es indiscutible que el entrenamiento en el laboratorio de hueso temporal debe ser el primer paso para poder practicar este tipo de cirugía, posteriormente en el proceso de enseñanza de la residencia, las destrezas que se adquieren son limitadas en esta cirugía en especial, por lo que debe haber una conciencia clara de las limitantes.¹³

Los pacientes a quienes se les efectúa una revisión de estapedectomía deben cumplir con requisitos estrictos de reserva coclear, estudios de imagen concluyentes y conocimiento del riesgo quirúrgico.¹⁴

Por último, se ha escrito mucho sobre la cirugía ambulatoria y esta intervención no se escapa, sin embargo nuestra experiencia es dejar al paciente mínimo 24 hrs. en el hospital, de postoperatorio y en ocasiones hasta 48 hrs., por sintomatología vestibular pasajera.¹⁵

Referencias Bibliográficas

1. Goodhill V.: Otosclerosis en Goodhill V Ed. Ear Diseases, Deafness and Dizziness. Hagerstown, Harper and Row 388
2. Glasscock M. Shambaugh G.: Otosclerosis. Ed. Surgery of the Ear, Philadelphia P.A. Saunders WB. 1990:371-387.

3. Yoo T.J. Etiopathogenesis of Otosclerosis: A Hypothesis. *Annals of Otol Rhinol Laryngol.* 1984.93:28-33
4. Schuknecht HF.: Pathology of the Ear. Cambridge Mass. Harvard University Press. 1974. 352-353 388-403
5. Schrader M; Poppendieck J; Weber B.: Inmunohistologic findings in otosclerosis. *Ann Otol-Rhino-Laryngol;* 1990, 99: 349-52
6. Gattland DJ.: Sudden sensorineural hearing loss and non-otological surgery. *J-Laryngol-Otol;* 1991.105:242
7. Hoare TJ; Aldren CJ; Morgan DW; Bull TR.: Unusual case of bilateral conductive deafness. *J-Laryngol-Otol;* 1990;104:560-1
8. Maran A.G.D.: Otosclerosis en Otorrinolaringología Clínica. Barcelona, Espaxs s.a. 259
9. House HP; Linthicum FH. Sodium Fluoride and the otosclerotic lesion. *Arch Otolaryngol.* 1974 100:427-430
10. Moriarty BG.: Stapes Surgery . Implications for training. *J-Laryngol-Otol;* 1990.104: 203-5
11. Robinson M.: Is there a "best" stapedectomy technique for the general otolaryngologist? *Ear-Nose-Throat-J;* 1989. 68: 220, 222, 224
12. Pedersen CB.: The use of a small fenestra technique with the Fisch piston in the surgical treatment of otosclerosis. *J-Laryngol-Otol;* 1987. 101: 542-7
13. Murrant NJ; Glatland DJ.: Temporal bone laboratory training for stapedectomy. *J-Laryngol-Otol.* 1989, 103: 833-4
14. Glasscock ME 3d; McKennan KX; Levine SC.: Revision stapedectomy surgery. *Otolaryngol-Head-Neck-Surg;*1987.96:141-8
15. Uneri C; Uneri A.: et al. Stapedectomy as an outpatient procedure. *J-Otolaryngol;*1989.18:384-5.

CURSO INTERNACIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

PROFESOR TITULAR: DR. ANDRES DELGADO FALFARI

FECHAS: 18 AL 20 DE FEBRERO 1993.

SEDE: AUDITORIO DEL MUSEO
TECNOLOGICO DE LA CFE

ORGANIZA: SOCIEDAD MEXICANA DE
DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO.

INFORMES:

EUGENIA 13 - 403

COL. NAPOLES

03810 MEXICO, D.F.

TELS. 669 - 0263, 543 - 9363

FAX: 669 - 0263

Tumores malignos de nariz, senos paranasales y rinofaringe, experiencia en 5 años

Dr. Raúl Mereles del Valle*

Dra. Carla Liz Ortiz González**

Resumen.- Se revisaron 53,023 informes anatomopatológicos de enero de 1986 a diciembre de 1990 del Servicio de Patología del H.R. 20 de Noviembre y tratados por los servicios de Otorrinolaringología y Oncología del mismo hospital, con objeto de determinar la casuística de tumores de nariz, senos paranasales y rinofaringe durante los años mencionados y clasificándolos de acuerdo con su estirpe histológica. Se señalan los resultados obtenidos analizando frecuencia de acuerdo a sexo y edad.

Se comparan los datos obtenidos con otras series de la literatura internacional. Los autores agregan una revisión clínico patológica de los tumores malignos encontrados en la serie.

Summary.- 53,023 charts of the Service of Pathology (Regional Hospital 20 de Noviembre in México City) were examined in order to determine the overall frequency of nose as well as nasopharyngeal and paranasal sinuses tumors, treated by the otolaryngology and oncology services from January 1986 to December 1990. Tumors were classified according to their specific histologic pattern.

* Médico adscrito al servicio de otorrinolaringología del H. R. 20 de Noviembre ISSSTE.

** Médico residente del segundo año ORL., H.R. 20 de Noviembre ISSSTE.

Results are given and analyzed according to frequency in age and sex. Our data are compared to other medical reports. The authors also add a thorough clinical and pathologic review of malignant tumors found in the present series.

Palabras clave: Tumores, senos paranasales, nasofaringe, nariz, malignidad.

Introducción

Los tumores de Cabeza y Cuello ocupan en Estados Unidos de América el 5% de todos los cánceres del organismo.¹ Durante 1990 se reportaron 7.4% de casos nuevos y 4.7% de muertes por este concepto en ese país², representando el 5% del total de cánceres masculinos y 2% de los femeninos.³

En cuanto a los tumores malignos de nariz y senos paranasales Frazell⁴ reporta una frecuencia de 0.2 a 0.8% de todas las neoplasias del organismo y el 3% de las que afectan el tracto aerodigestivo superior.⁵

Hablando de procesos tumorales malignos de nasofaringe, estos representan el 0.25 al 3% en caucásicos y hasta el 15% en la población China.^{6,7} En el mundo occidental los tumores malignos de nasofaringe representan el 2% de todas las neoplasias malignas de cabeza y cuello, lo cual representa una frecuencia de 0.6:100,000 habitantes.

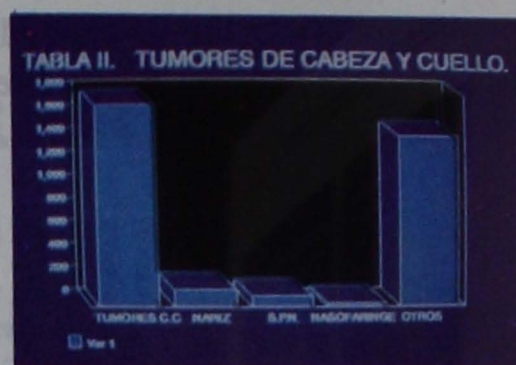


De acuerdo a sexo, se sabe que hay mayor prevalencia en el masculino de 2:1 en varias series^{8, 9, 10} y usualmente se presenta después de la cuarta década de la vida.

Entre los factores predisponentes identificables destacan el tabaco y el alcohol, acerca de los cuales existen datos concluyentes que permiten clasificarlos como de riesgo, la ocupación hábitos higiénico-dietéticos, exposición a sustancias carcinogénicas: nitrosaminas, níquel, hidrocarburos policíclicos. Sinusitis crónica, fistulas posextracción dentaria, polipectomías nasales repetitivas son factores sugestivos de oncogénesis.

Las características clínicas que distinguen a los tumores de estas áreas son muy similares. Son de presentación incidiosa lo que condiciona su diagnóstico tardío. La sintomatología es muy variada pero destacan masa en cuello, hipoacusia, tinitus, otitis media serosa generalmente unilateral, epistaxis, obstrucción nasal, dolor, trismus o en periodos avanzados lesiones a pares craneales base de cráneo o metástasis a distancia.

El diagnóstico radiológico de estas neoplasias es de relevante importancia, ya que la información que se obtiene de los modernos procedimientos de imagen es insustituible tan-



to para la localización como la extensión de las mismas.

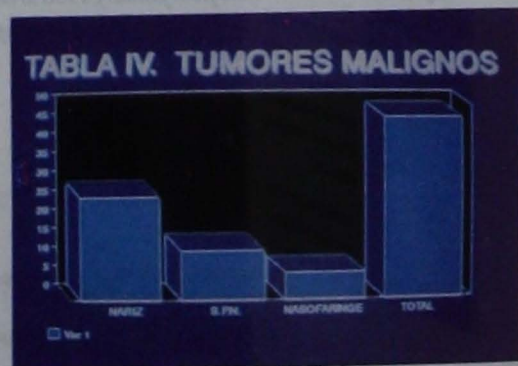
Es importante recalcar que siendo el estudio histopatológico la pieza clave del diagnóstico, éste debe ser realizado con precisión por personal bien entrenado ya que no pocas veces resulta de difícil interpretación.^{11, 12}

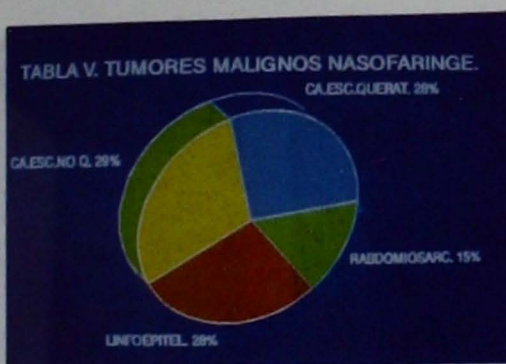
El pronóstico de estas neoplasias está relacionado con la detección oportuna, ya que con frecuencia son entidades de metástasis tempranas y algunos muy invasivos por lo que constituyen desde fases iniciales un importante riesgo para la vida o la función del área afectada.

Material y Métodos

Se revisaron 53,023 expedientes de estudios anatomopatológicos correspondientes a 5 años del servicio de Patología del H. R. 20 de Noviembre de enero de 1986 a diciembre de 1990.

Se seleccionaron los estudios correspondientes a lesiones de cabeza y cuello, obteniendo 1718 casos de lesiones que corresponden a 3.24% del total; de este total se estudiaron los tumores localizados a nariz, senos paranasales y nasofaringe que fueron 264 siendo el 0.49%. Tabla I.





Se dividieron en lesiones benignas, intermedias, malignas y tumoroides de acuerdo a la clasificación de Paparella y Shumrich.¹³

Al final se determinaron los porcentajes de las lesiones por su localización anatómica, estirpe histopatológica, así como la frecuencia de acuerdo a edad y sexo.

Resultados

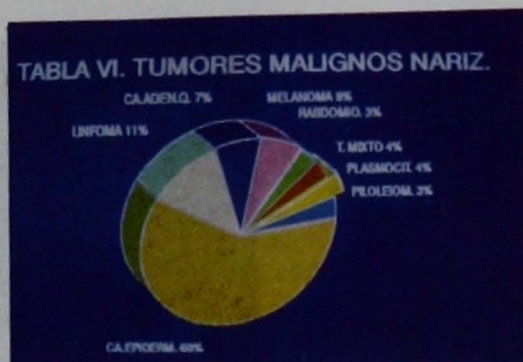
De los 1718 casos de tumores de Cabeza y Cuello, 264 correspondieron a tumores de nariz, senos paranasales y rinofaringe lo cual representa el 15.36% de los casos de la serie y los restantes o sea el 84.64% son lesiones tumorales de otras áreas cervicofaciales. Tabla II

La distribución por sexo indica una mínima prevalencia del sexo masculino 150 casos (56%) sobre el femenino 114 (44%).

La edad mínima es de 6 años y la máxima 99, con un promedio de 39.4 años en los 264 casos.

De los tumores encontrados se dividieron de acuerdo a la clasificación citada por Paparella y Shumrick. Tabla III.

Dado que el objetivo del presente estudio está encaminado a determinar la frecuencia y estirpe



histológica de los tumores malignos, centraremos nuestra atención en esta población de la serie.

De los 47 casos, el 54 % correspondieron al sexo masculino y 46 % al femenino. El de menor edad 5 años y el de mayor 92 con una media de 53.6 años.

En la Tabla IV se mencionan los tumores malignos de acuerdo a su localización anatómica.

En las Tablas V, VI, VII, se clasifican los tumores malignos de acuerdo a su tipo histológico.

Revisión Clínico-Patológica Nariz

Los tumores malignos de la cavidad nasal constituyen entidades poco frecuentes, representando en E.U.A. anualmente menos de un caso por 100,000 habitantes. Roush reporta en Japón y Uganda una prevalencia 2 veces mayor.

Las lesiones malignas de la cavidad nasal incrementan su riesgo debido a factores ambientales tales como la exposición al níquel, hidrocarburos, gas mostaza principalmente.

El cáncer de células escamosas es el más común de los tumores malignos de nariz pudiendo originarse en; vestíbulo nasal, pared lateral de nariz, cornetes, meatos o septum.

Los adenocarcinomas constituyen menos del 10 % en su frecuencia los cuales se originan de glándulas salivales menores de la cavidad nasal. Pudiendo englobarse en Ca adenoide quístico. Los sarcomas, linfomas y melanomas representan lesiones malignas sumamente raras con altos índices de recurrencias locales y metástasis a distancia.¹⁴

Los plasmocitomas representan el 1 % de las neoplasias malignas de las vías aéreas superiores.¹⁵ El plasmocitoma extramedular ocurre

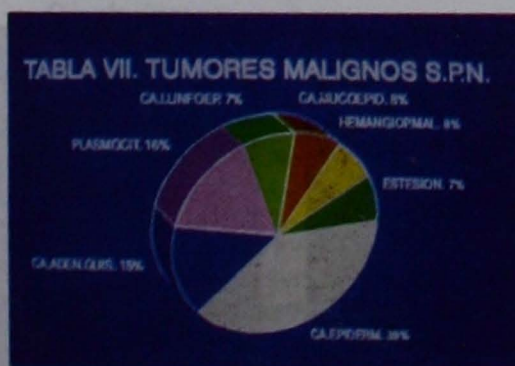


Foto 1

Carcinoma adenoideo quístico donde se observa epitelio respiratorio, tejido inflamatorio, formaciones glandulares con contenido mucoso y uniformidad celular



Foto 2

Plasmocitoma nasal donde se aprecian células plasmáticas maduras con citoplasma abundante, núcleo excéntrico.

con frecuencia en la cavidad nasal, senos paranasales o nasofaringe, posee agresividad local pudiendo llegar al mieloma diseminado. Tumor que consiste en láminas de plasmocitomas reconocibles que pueden exhibir cierto agrandamiento o pleomorfismo.

Los rhabdomiomas son neoplasias malignas más comúnmente encontradas en el tracto respiratorio superior en grupos pediátricos. Histológicamente clasificados en alveolar, botriodeo y embrionario. Son tumores sumamente agresivos demostrado por su rápida progresión y diseminación.¹⁶

Senos paranasales

Los tumores malignos de Senos Paranasales no son comunes y ocurren más frecuentemente en seno maxilar, etmoidal y complejo antroetmoidal. Los senos frontales y esfenoidales son regiones en las que muy rara vez se presentan tumores primarios.

Considerando la presencia de factores de riesgo que incrementan la frecuencia a adquirir una neoplasia maligna se destaca la relación entre fistulas antiguas posextracción dental, sinusitis crónica, al igual que múltiples polipectomías nasales.



Agentes ambientales como la exposición a compuestos derivados del petróleo, cromo, níquel, polvo de madera, este último particularmente asociado al adenocarcinoma de seno etmoidal que junto con el Ca adenoide quístico, constituye el 10 % de los tumores de esta área. Mientras que el tipo histológico más comúnmente encontrado en un 80 % está representado por Ca células escamosas. La evolución clínica de estas lesiones es muy similar a la de sinusitis lo que dificulta la detección temprana presentándose la enfermedad en estadios avanzados con sintomatología que incluye dolor y edema facial. Obstrucción nasal, epistaxis, lesiones de cavidad bucal, caída de piezas dentarias, síntomas oculares; epífora, proptosis, diplopía.

Los hemangiopericitomas son neoplasias vasculares, típicamente se presentan en nariz, pero pueden comprometer a senos paranasales, tienen como rasgo distintivo histológico el pericito de Zimmerman que se forma por fuera del revestimiento endotelial.

Los esteseoneuroblastomas llamado también neuroepitelioma olfatorio, esteseoneuroma es una lesión maligna neuroepitelial que afecta al área olfatoria de la cavidad nasal.

Fotografía 3

Hemangiopericitoma maligno nasal, abundantes luces vasculares donde se observan células neoplásicas con citoplasma escamoso, núcleos uniformes.



Fotografía 4

Rhabdomioma embrionario con presencia de células poco diferenciadas, núcleo grande, citoplasma eosinófilo.



Nasofaringe

Dentro de las neoplasias malignas primarias originadas en nasofaringe el carcinoma constituye una entidad frecuente en relación a los linfomas malignos siendo la primera una lesión relativamente rara en varias partes del mundo, en la raza china constituye el 15 % de todos los cánceres. Presentándose con altas prevalencias en la población de Groenlandia en relación a Esquimales y Daneses al igual que en Taitianos.^{17, 18, 19}

Se ha sugerido predeterminación genética con mayor susceptibilidad al locus de Histocompatibilidad HLA-A2 y HLA-8SIN2²⁰

La teoría de oncogénesis por el virus de Epstein - Barr son altamente sugestivos a tumorigénesis; sin embargo muchos de los factores no están claramente demostrados. Otros factores de riesgo implicados son: tabaquismo, alcoholismo, ocupación, hábitos higiénico-dietéticos, exposición a sustancias carcinogénicas, nitrosaminas o componentes aromáticos.²¹

La organización Mundial de la Salud clasifica histológicamente al cáncer de nasofaringe en:

- 1.- Cáncer de células escamosas queratinizante (productor de queratina), con una frecuencia del 25% en la población norteamericana.
- 2.- Cáncer no queratinizante o Ca de células transicionales dominante en chinos.
- 3.- Linfopitelioma común en caucásicos según reportes de Dickson en 1985.

Los cánceres de nasofaringe se originan más frecuentemente en la pared posterolateral de la nasofaringe como localización primaria.^{22, 23, 24 25}

Conclusiones

Ningún tumor predomina en particular en nariz, Senos Paranasales o Nasofaringe ya que son estructuras anatómicamente inesperables y limitarnos a lesiones exclusivas de estas áreas es imposible.

Lamentablemente el pronóstico en este tipo de lesiones es pobre ya que su forma de presentación es generalmente incidiosa lo que ocasiona que el paciente acuda tardíamente a un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Referencias Bibliográficas

1. Haskell M.C.: Cancer treatment, second Ed. Edt. W.B. Saunders company. Phyladelphia PH E.U.A. 1985; 510-518.
2. Silverber S. Lubera J. Col.: Cáncer 1990 37;2-20.
3. Villar A.: Monografías clínicas en oncología No. 3 Cáncer Cabeza y Cuello Primera Edition EDT. Doyma S.A. Barcelona 1989
4. Frazell, E. L. and Lewis, J.S.: Cancer of the nasal cavity ad assesory sinuses a report of the management of 416 patiens. Cancer 1963, 16;1293.
5. Vita D.; Herman S., Rosemberg A.: Cancer principios y práctica de oncología, Primera Ed. Salvat. Barcelona España 1984; 281-361.
6. Bentzen J. H. Ockelmann, Albeck H.: Nasopharyngeal Carcinoma treated at the finsen Institute, Copenhagen 1965-1985; Survival and some pronostic factors. Laryngoscope 1991, 101:635-642.
7. Dickson I. R.: Nasopharyngeal Carcinoma an evaluation of 209 patients treated between 1971-1980. Laryngoscope 1985, 95 333-354.
8. William M. Keane, Atkins, Wetmore: Epidemiologi of head and neck cancer. Laryngoscope 1981, 91; 2037-2044.
9. Vianna N., Col.: Epidemiologic patternes of frontal and maxillary sinus, cancer. Laryngoscope 1982 92; 1300-1303.
10. Roush, G.S.: Epidemiologic of cancer of the nose and paranasal sinus currente concepts, Head Neck Surg. 1979 2;3
11. Makepeace A.R.: Non-Hodgkins Lymphoma of the Nasopharynx, Paranasal sinus and palate. Clinical Radiology 1989, 40;144-146.
12. Sugimoto T., Hashimoto H., Enjoji M.: Nasopharyngeal Carcinomas and malignant lymphomas; An immunohistochemical analysis of 74 cases. Laryngoscope 1990, 100; 742-747.
13. Paparella y Shumrick: Goldstein C.I., Sisson A.G.: Otolaryngology, Second edition Vol. 3 1976, 2071.
14. Carter. T.: Malignant melanoma of the nose. Arch Otolaryngol 1986 112; 450-453.
15. Castro E. B., Lewis, J.S. and Strong E. W.: Plasmocytoma of paranasal sinuses and nasal cavity. Arch Otolaryngology 1974 99; 326-329.
16. Cumming C. W.: Otolaryngology, Head and Neck Surgery. I edicion United States; The C.V. Mosby, 1986. 669-645.
17. Dickson R.D.: Flores. Nasopharyngeal Carcinoma an evaluation of 134 patients treated between 1971-1980. Laryngoscope 1985, 95; 276-283.
18. Matz G.J.: Nasopharyngeal Cancer.
19. Sham J. Ponn Y.F.: Nasopharyngeal Carcinoma in young Patients. Cancer 1990 61; 2606-2610.
20. Ho, J.H.C. Int J.: Radiat Oncol Biol Phys 1978 4; 181.

21. *Hoppins S., Keller J., Goodman M., Montgomery W.:* Nasopharyngeal masses in adults. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1983, 92; 137-140
22. *Bryan Neel H.:* Nasopharyngeal Carcinoma. *Otolaryngologic clinics of North America* 1985 18; 479-497
23. *Perzin, Pushparaj.:* Nonepithelial tumors of the nose and paranasal sinuses, and Nasopharyngeal. *Cancer* 1986. 57; 784-795
24. *Woo J., Shamc.:* Diagnosis of nasopharyngeal carcinoma. *Ear, nose and throat. Journal* 1990., 69; 241-252
25. *Neel, H.B. et al.:* *Otolaryngol Head neck Surg* 1983 91; 255.

Patología vocal en artritis reumatoide

Dr. Pedro Berruecos V. *

Dr. René Toral Martiñón **

Dr. Gabor Katona Salgo ***

Resumen.- En el presente estudio se analizaron los parámetros vocales de sujetos con artritis reumatoide en relación con los obtenidos en un grupo control similar pero sin ese padecimiento, habiéndose constatado que existen diferencias significativas entre ambos, por lo que la participación foniatrica puede ser importante en el campo reumatológico y viceversa.

La sistematización de los resultados se basa en conceptos clásicos de la semiología foniatrica y de la semiología estroboscópica, que permiten obtener datos clínicos sobre la evolución del padecimiento, sobre la capacidad perceptual auditiva del paciente para analizar su propio problema de voz, sobre las disestesias asociadas y sobre lo que el foniatra acústicamente capta del rendimiento vocal y sobre lo que aprecia del fino accionar vibratorio del aparato vocal.

Independientemente de la utilidad clínica que se deriva de los resultados de esta investigación, puede considerarse como un punto de partida para muchas más en donde la interacción de especialidades en ambientes médicos, públicos o privados de segundo y tercer nivel, conduzca a la atención integral de los pacientes que acuden a ellas en un contexto de Medicina verdaderamente institucional e integral.

Summary.- A comparison of the vocal parameters of a group of patients with reumathoide arthritis with a control group is analyzed, finding several significative differences between both groups the author stresses the importance of multidisciplinary approach with the intervention of Rheumatologist and the Phoniatriat.

Palabras clave: Artritis reumatoide, voz, audición.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistemática de predominio articular y etiología desconocida, en cuya fisiopatología intervienen factores genéticos y fenómenos de autoinmunidad, localizados principalmente en la membrana sinovial, dando como resultado procesos de inflamación crónica de curso variable que suele llevar al que la padece a limitaciones funcionales.¹

La enfermedad sigue un curso fluctuante y prolongado con periodos de remisión y exacer-

* Director de Enseñanza de Postgrado, SSA. Consultor Técnico del Servicio de Audiología y Foniatria, Hospital General de México, SSA.

** Médico Adscrito del Servicio de Audiología y Foniatria. Instituto Nacional de Pediatría, SSA.

*** El Dr. Katona, recientemente fallecido, fue Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital General de México, SSA y miembro de la Academia Nacional de Medicina. Este trabajo se publica en su memoria.

bación.² Las principales lesiones se encuentran en las articulaciones diartroidales y en menor proporción en los tejidos que se relacionan con ellos como son los tendones y sus vainas en el tejido subcutáneo periarticular.³

La fisiopatología de la AR se basa en el desconocimiento, por causas aún no precisadas, de un constituyente propio del sistema inmune-una inmunoglobulina G - que se convierte y actúa como antígeno. El organismo actúa contra este antígeno produciendo anticuerpos - en la mayoría de los casos inmunoglobulina M - que son conocidos como *factor reumatoide*. La reacción antígeno - anticuerpo activa el sistema complemento liberando péptidos con propiedades vasoactivas y quimiotácticas para polimorfonucleares, formando complejos inmunes y fagocitos de estos complejos y liberando enzimas lisosomales.

Todo este conjunto es responsable del daño tisular, cuyo blanco principal es la membrana sinovial que se engrosa y se convierte en tejido proliferativo conocido como panus. El cartilago articular resiste a la lisis inflamatoria pero su superficie es afectada por extensión del proceso de la sinovial adyacente. Los cambios destructivos se observan generalmente en etapas tempranas en la unión de la sinovial con el hueso desnudo de cartilago y posteriormente sobreviene la destrucción de toda la superficie articular y ósea ocasionando erosión y finalmente anquilosis.^{3, 4, 5}

También se pueden presentar lesiones extra-articulares en tendones, ligamentos, músculo estriado, arterias, corazón, pulmón y ojos. Entre las manifestaciones extra-articulares, muchos autores han reportado en estudios post-mortem, manifestaciones laríngeas por sinovitis reumatoide, típica en las articulaciones crico-aritenoideas.^{6, 7}

La AR puede presentarse en todas las edades pero en la mayoría de los casos se encuentra entre los 20 y los 45 años. Es más frecuente en las mujeres en una relación de 3:1 o de 4:1 y sus complicaciones son características en cuanto a que resaltan su naturaleza sistémica.³

El primer reporte en la literatura de un cuadro de "artritis laríngea" se debe a Debrausses en 1861.⁶ Sir Morel Mackenzie, en 1880 describió las manifestaciones laríngeas de la AR² y Montgomery afirmó que la artritis cricoaritenoidea (ACA) se presenta en el 26 % de los pacientes con AR.^{8, 9, 10} Además, Grosman¹¹ reporta valores que van del 18 al 55 % de los casos que sufren

reumatismo generalizado, en los que se llega a presentar anquilosis laríngea.

Muchos especialistas en Reumatología aseguran que con sólo oír la voz de un paciente con AR durante una consulta, pueden saber si su cuadro se encuentra o no controlado.¹² Por todo lo anterior, en el presente trabajo se planteó como objetivo fundamental determinar la frecuencia con la que se presentan alteraciones de la voz en pacientes con AR, con objeto de mejorar los procedimientos diagnósticos y de atención integral. La búsqueda de estas alteraciones puede modificar la expectativa de su frecuencia, ya que en general, han sido consideradas como poco importantes por su menor impacto en el contexto global de la enfermedad.

Etiología de la artritis cricoaritenoidea

La mayor parte de los casos de ACA han sido asociados con AR generalizada, aunque también se pueden presentar como complicaciones de la gota¹³ en el síndrome de Reiter, en la artritis reumatoide juvenil,⁸ en el lupus eritematoso sistémico, en el síndrome de Tietze¹⁴ y en la esclerodermia. También se ha observado por extensión directa de infecciones laríngeas o hipofaríngeas, por trauma directo externo - lo que se ha incrementado por el gran número de accidentes automovilísticos y por trauma interno laringoscopia directa, broncoscopia y por intubación endotraqueal. Igualmente se ha diagnosticado como alteración secundaria a inmovilización de la propia articulación, hecho que sucede en la parálisis recurrencial de la que puede resultar un proceso de anquilosis.^{6, 10, 15, 16, 17, 18, 19}

Otros agentes etiológicos son la espondilitis anquilosante^{20, 22}, la parotiditis^{15, 19}, las infecciones estreptocócicas con laringitis y faringitis, difteria, fiebre tifoidea, sífilis y tuberculosis¹⁹ y en la terapia con radiaciones que puede ocasionar artritis crónica y fijación.¹⁹

Cuadro Clínico

La sintomatología laríngea de la ACA presenta las mismas características, independientemente de la etiología que la origina. Puede ser la primera manifestación de procesos generalizados, en los que a veces no se presentan síntomas laríngeos. Además, deben considerarse los síntomas generales propios de cada etiología y el estado general del

paciente. 6, 7, 8, 9, 11, 16, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27 En la fase aguda, las manifestaciones más importantes son las siguientes:

Disfonía o ronquera: producida por la fijación de la cuerda vocal en la línea media.

Sensación de plenitud o de cuerpo extraño o tensión laríngea, debida al edema.

Disfagia, que ocurre o no durante la deglución de alimentos.

Dolor persistente de la garganta irradiado a los oídos.

Estridor, por fijación de la cuerda vocal en la línea media que se exacerba con el ejercicio, aunque puede presentarse en inactividad o durante el sueño.

Disnea, debida a edema laríngeo e inmovilización de los aritenoides, exacerbándose durante los periodos de insuficiencia respiratoria.

Tos y

Fatiga vocal durante la conversación

Material y Métodos

Se estudiaron 50 pacientes con AR y 50 pacientes no artríticos como grupo control. A los dos grupos se les aplicó un cuestionario similar, para consignar sus principales antecedentes clínicos. Se practicó otoscopia para constatar permeabilidad del CAE y para observar las características de la MT y después, se determinaron los umbrales mínimos de las vías aéreas y ósea en ambos oídos, entre 125 y 8.0 kHz, con audiómetro Maico MA-24, con auriculares TDH-39, en cámara sonomortiguada IAC.

La morfología y función de las cuerdas vocales fue estudiada con laringostroboscopia Synchron-Stroboscope Timcke KS3, controlándose por el examinador la fuente de iluminación. Además, se practicó registro electromagnético de la voz de cada paciente con grabadora Brooksonic.

Los pacientes con AR fueron incluidos en el estudio sobre la base de parámetros clínicos y de laboratorio definidos, de acuerdo con los criterios de la Asociación Americana de Reumatología (ARA).^{28,29}

Los 50 pacientes con AR estaban bajo control del Servicio de Reumatología del Hospital General de México. Se excluyeron del estudio aquellos

que presentaban otras enfermedades del tejido conectivo. El grupo control se formó con pacientes de la Consulta Externa del propio Hospital, con otros internados en diferentes Servicios y con acompañantes sanos asintomáticos de pacientes que acudieron al Servicio de Audiología y Foniatría del Hospital General de México. Este grupo estuvo conformado por personas de edades y sexos similares a los del grupo de estudio, habiéndose excluido, además de los antes mencionados, a quienes acudieron a consulta audiológica o foniátrica.

En la historia clínica audiológica y foniátrica se incluyeron ficha de identificación, nombre, edad, sexo y procedencia. Entre los antecedentes se anotaron los datos familiares de patología vocal, tabaquismo, cirugía con intubación endotraqueal, traumatismos laríngeos externos o disfonía. Se consideró la capacidad receptiva y la percepción auditiva del sujeto estudiado en relación con sus características vocales y se anotaron las sensaciones de cerramiento de la garganta, rigidez muscular, fonación forzada, dolor a nivel del cartilago tiroideos, carraspeo y presencia o sensación de cuerpos extraños y en general, las disestesias y signos de tos, disnea y disfagia.

En la exploración foniátrica se tomaron en cuenta los siguientes parámetros:

Rendimiento vocal en cuanto a intensidad, altura tonal, timbre, melodía y elocución.

Funcionamiento vocal: tipo de respiración y alteraciones de la misma; rigidez muscular, incoordinación pneumofónica, hipotomía de la pared abdominal; morfología y funcionalidad laríngea: forma, color, superficie y movilidad de las cuerdas vocales, así como forma, frecuencia, amplitud y modo vibratorio de las mismas, incluyendo las características del cierre glótico.

Cada uno de los grupos estudiados estuvo constituido por 47 sujetos del sexo masculino y 3 del sexo femenino. Sus edades fluctuaron entre los 18 y los 75 años, con una media de 44.7. La evolución de la AR en el primer grupo fue de 6 meses a 30 años, con una media de 9.3 años.

La clase funcional de los pacientes con AR fue la siguiente:

Clase funcional I:	7 pacientes.
Clase funcional II:	31 pacientes.

Clase funcional III: 3 pacientes.
 No reportados: 9 pacientes.

La titulación del factor reumatoide con el método de látex se reportó como positiva en 33 pacientes, negativa en 9 y no fue reportada en los restantes 8 pacientes. El tratamiento medicamentoso de la AR se manejó con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) en 12 pacientes; 2 o más AINE en 20 de ellos; 1 AINE y prednisona en 7;

2 AINE y prednisona en 6; 1 AINE y D-penicilamina en uno; 1 AINE con prednisona y D-penicilamina en uno más y 1 AINE con metotrexate, prednisona y sales de oro en 3 pacientes.

Resultados

Los datos se concentraron de acuerdo con la clase funcional, con el factor reumatoide y con el tratamiento recibido en los pacientes del grupo de estudio, en relación con el acoplamiento fónico de la respiración, con el rendimiento vocal, con el funcionamiento vocal y con los síntomas asociados.

Una vez registrados y concentrados los datos de cada paciente se procedió a analizarlos desde el punto de vista estadístico, utilizando la prueba de X², misma que se corrigió para continuidad por el método de Yates. Los resultados obtenidos se anotan en la Tabla I.

Se estudiaron las correlaciones de la clase funcional, de la titulación del factor reumatoide y de los diferentes esquemas terapéuticos utilizados con cada uno de los parámetros del estudio foniatrico, no encontrándose diferencias significativas en ninguno de los casos. En relación con los resultados de la audiometría tonal, se encontraron en el grupo de estudio, 9 pacientes con pérdida auditiva (2 conductivas medias y 2 sensorineurales medias) y en grupo control 7 pacientes con pérdida sensorineural. Se procedió al análisis de ambos grupos con las mismas pruebas estadísticas antes anotadas para correlacionar la situación auditiva con las características del estudio foniatrico, obteniendo diferencias significativas solamente en cuanto al timbre vocal, con una X² de 9.142 y una p de 0.0029.

Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación, apuntan a la necesidad de evaluar integralmente desde el punto de vista clínico reumatológico y foniatrico a los pacientes con AR. Frente a la molestia principal o aparentemente única de este padecimiento que es el dolor, un interrogatorio intencionado puede revelar en un gran número de casos la presencia de alteraciones vocales y de pérdida auditiva. El examen laringoestroboscópico proporciona con eficacia, economía y rapidez, datos precisos sobre el funcionamiento vocal que en otra forma pasan con frecuencia desapercibidos.

TABLA I

ALTERACION	% AR	% GC	X ²	P	SIGNIF.
Disfonía	40	10	10.45	0.0016	**
Fonac. Forzada	36	4	14.06	0.0004	**
Carraspeo	50	22	7.35	0.006	**
Dolor Tiroideo	26	4	7.84	0.005	**
Sens. cierre glótico	24	4	6.62	0.005	**
Secreciones	30	10	5.06	0.023	**
Incoord. pneumofónica	18	0	7.81	0.005	**
Elev. masa caja torác.	88	92	0.11	0.761	No sign
Intensidad	18	2	5.44	0.018	**
Altura tonal	52	26	6.05	0.013	**
Timbre	66	12	28.41	0.0004	**
Elocución	4	2	0.0	1.0	No sign
Forma c. vocales	14	10	0.94	0.788	No sign
Color c. vocales	22	14	0.60	0.558	No sign
Superf. c. vocales	12	6	0.48	0.508	No sign
Movilidad c. vocales	16	4	2.77	0.091	No sign
Vibración c. vocales	18	0	7.81	0.005	**
Amplitud c. vocales	20	0	9.0	0.003	**
Cierre glótico	24	4	6.72	0.009	**
Aritenoides	44	10	12.98	0.0006	**
Tos	46	16	6.0	0.013	**
Disnea	34	16	3.41	0.614	No Sign
Disfagia	18	4	3.67	0.052	No Sign

Los datos que se anotan en la Tabla I indican las diferencias clínicas, confirmadas estadísticamente, entre los pacientes con AR y los del grupo control. Debe resaltarse al respecto que los parámetros que resultaron significativamente diferentes entre los dos grupos, corresponden por una parte, a la evaluación clínica que el foniatra realiza por medio de la semiología de la voz (alteraciones funcionales de la respiración, del acoplamiento fónico de la laringe y del acoplamiento fónico de los resonadores supraglóticos) y por la otra, a los que también el foniatra lleva a cabo en la semiología estroboscópica (alteraciones de la forma, amplitud, modo y frecuencia de la vibración de las cuerdas vocales, así como a la disfuncionalidad del cierre glótico).

Las correlaciones entre parámetros foniátricos y la clasificación funcional de la AR, la titulación del factor reumatoide y el tratamiento recibido, se realizaron tomando en cuenta la mención que los reumatólogos han hecho constar en la literatura sobre la posible influencia de esas variables en el curso clínico de la enfermedad y en particular, en lo que se refiere a la patología vocal. En nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas, probablemente por la dificultad para igualar las características de los sujetos de los dos grupos, además de que la propia enfermedad crónica y progresiva, tiene un curso impredecible que se modifica adicionalmente por los diversos esquemas terapéuticos que se emplean para controlarla. En cualquier caso, debe pensarse en la necesidad de profundizar al respecto en estudios más amplios que puedan realizarse en el futuro.

Finalmente, en lo que se refiere a la posible influencia de las pérdidas auditivas en el rendimiento y en el funcionamiento vocal, solamente se apreciaron diferencias significativas en cuanto al timbre de la voz. Es importante recordar que en los casos de AR, también pueden existir tanto atropatías de los huesecillos del oído medio, como patología sensorineural, resultante esta última, de neuropatía periférica por vasculitis de los vaso-nervorum descritas para otras regiones del organismo.

La comparación de resultados parece indicar que si a la patología reumática se agrega la hipoacusia, existen posibilidades mucho mayores de que se presenten alteraciones vocales.

Conclusiones

La patología vocal es significativamente diferente en pacientes con AR y sujetos que no tienen este padecimiento. Los principales signos y síntomas vocales en esos casos, deben ser motivo del interés clínico del internista y del reumatólogo para integrar al foniatra al grupo multidisciplinario que pueda atender integralmente estos problemas.

Desde el punto de vista foniatrico, la *semiología vocal* que permite apreciar clínicamente las alteraciones en el acoplamiento fónico de la respiración, de la faringe y de los resonadores supraglóticos y la *semiología estroboscópica* que detecta con facilidad las alteraciones funcionales de la delicada función vibratoria de las cuerdas vocales, son las armas diagnósticas y terapéuticas que quedan avaladas por los resultados de la presente investigación. Al mismo tiempo, se constata una vez más, por la faceta del estudio que analiza la posible influencia de factores auditivos en la producción vocal, la correlación que siempre debe tomarse en cuenta entre audición y fonación, como la base y el objetivo de los campos de trabajo de la Audiología y la Foniatría.

Finalmente, surge también como conclusión de este trabajo la estrecha asociación que debe existir entre la Foniatría y la Reumatología, especialidades aparentemente alejadas, para la instauración de programas de diagnóstico y tratamiento que tiendan a mejorar la medicina especializada, tanto privada como institucional.

Resumen

En el presente estudio se analizaron los parámetros vocales de sujetos con artritis reumatoide en relación con los obtenidos en un grupo similar pero sin ese padecimiento, habiéndose constatado que existen diferencias significativas entre ambos, por lo que la participación foniatrica puede ser importante en el campo reumatológico y viceversa.

La sistematización de los resultados se basa en conceptos clásicos de la semiología foniatrica y de la semiología estroboscópica, que permiten obtener datos clínicos sobre la evolución del padecimiento, sobre la capacidad perceptual auditiva del paciente para analizar su propio problema de voz, sobre las disestesias asociadas y sobre lo que el foniatra acústicamente capta del

rendimiento vocal y sobre lo que aprecia del fino accionar vibratorio del aparato vocal.

Independientemente de la utilidad clínica que se deriva de los resultados de esta investigación, puede considerarse como un punto de partida para muchas más en donde la interacción de especialidades en ambientes médicos, públicos o privados de segundo y tercer nivel, conduzca a la atención integral de los pacientes que acuden a ellas en un contexto de Medicina verdaderamente institucional e integral.

Referencias Bibliográficas

1. Alarcón S.: Introducción a la Reumatología. Soc. Mex. de Reumatología A.C. México, 1977
2. Bridger, M.: Laringeal Rheumatoid Arthritis. Laryngoscope., 1980 90: 296-303.
3. Rodnan, G.: Rheumatic Diseases. Arthritis Foundation, N.Y., 1983
4. Kelly, W.: Textbook of Rheumatology. Saunders, N.Y., 1985
5. McCarty, D.: Arthritis and allied condition. Lea & Feiberg, London, 1985
6. González, N.J.: Fonación y alteraciones de la laringe. Ed. Interamericana, México, 1981
7. Montgomery, W.: Pathology of cricoarytenoid arthritis. New Engl. J. of Med, 1959, 260:66-68
8. Jacobs, J.: Cricoarytenoid arthritis and airway obstruction in juvenile rheumatoid arthritis. Pediatrics, 1977, 59 (2): 292-94
9. Montgomery, W.: Cricoarytenoid arthritis. Laryngoscope, 1963, 73 (7): 801-35
10. Polisar, I.: The cricoarytenoid joint. Laryngoscope, 1959, 69 (9): 1129-61
11. Grosman, A.: Rheumatoid arthritis in the cricoarytenoid joint. Laryngoscope, 1961, 71:530-543
12. Katona.S.G.: Comunicación Personal 1986.
13. Goodman, M.: Pathologic finding in gouty cricoarytenoid arthritis. Arch. otolaryngol, 1976, 102: 27-29
14. Shanbrom, F.: Tietze Syndrome. Arch. Intern. Med 1955, 96: 697-99
15. Byer, D.: Cricoarytenoid arthritis due to mumps. Laryngoscope, 1973, 83: 372-375
16. Montgomery, W.: Usual and unusual causes of laryngeal arthritis. Arch. of Otol., 1963 77: 29-33
17. Montgomery, W.: Rheumatoid cricoarytenoid arthritis complicated by upper esophageal ulcerations. Ann. Otol., 1980, 89: 6-8
18. Lofgren, M.: Incidence of laryngeal involvement in rheumatoid arthritis. New Engl. J. of Med. 1962 267: 193-95
19. Simpson, G.: Acute cricoarytenoid arthritis: local periarticular steroid injection. Ann Otol., 1980, 89: 558-62
20. Bienenstock, H.: Cricoarytenoid arthritis in a patient. Arch. otolaryngol., 1977, 10: 783-39
21. Chalmers, A.: Cricoarytenoid arthritis a cause of acute upper airway obstruction. Journal of Rheumatology., 1979, 6: 541-42
22. Wojtulewski, J.: Cricoarytenoid arthritis in ankylosing spondylitis. Brit. Med. J. 1973, 3: 145-6
23. Ehrlich, G.: The cricoarytenoid and rheumatoid arthritis. Rheumatology, 1980, 7 (2): 263
24. Libby, D.: Cricoarytenoid arthritis in ankylosing spondylitis. Chest, 1981, 80 (5): 641-43
25. Piquet, J.: Les maladies du larynx. Masson, Paris, 1958
26. Tarneaud J.: Compendio de Terapéutica Vocal. Editorial, México, 1956
27. Tarneaud J.: Larungite chronique et laryngopathies. Maloine, Paris, 1954
28. Mitchel, D.: An analysis of the American Rheumatism Association, criteria for rheumatoid arthritis. Arthritis Rheuma., 1982, 25: 481
29. Ropes, M.: Revision of criteria for Rheumatoid arthritis. Bull Rheuma Dis, 9: 175, 1985

Paraganglioma de tráquea. Un sitio raro de presentación

*Dra. Luz Arcelia Campos Navarro **

*Dr. Mario Antonio Barrón Soto **

*Dra. Ma. del Consuelo Calleja Romero ***

*Dr. Rafael Muñoz Garrido ***

*Dr. Jesús Montiel Porchas *****

Resumen.- El presente artículo reporta un caso de paraganglioma traqueal en una paciente femenina de 46 años. Esta es una presentación muy rara cuya sintomatología principal es obstrucción de vías respiratorias superiores, pudiéndose confundir con patología asmática o neoplasias malignas.

El diagnóstico definitivo se realiza en base al cuadro clínico, su comportamiento y el estudio histopatológico; su tratamiento es quirúrgico.

Summary.- This paper reports a case of tracheal paraganglioma in a 46 years old female. This is a very infrequent presentation of the disease with symptomatology of upper respiratory tract obstruction, easily misdiagnosed with asmatiform or neoplastic diseases. The definitive diagnosis is made based on the clinical presentation, behavior and histopathology study, its treatment is surgical.

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

** Médico adscrito al servicio de Patología del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza I.M.S.S.

*** Médico residente de 2do. año de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico La Raza I.M.S.S.

**** Médico residente de 3er año de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico La Raza I.M.S.S.

Palabras clave: Tráquea, paraganglioma, paraganglioma traqueal.

Introducción

Los paragangliomas son tumores derivados del sistema paraganglionar extra-adrenal de crecimiento lento dando síntomas a través de la invasión local o destrucción, rara vez es maligno pudiendo ser multicéntrico, en el 2 al 4% de los casos pueden dar metástasis regionales o a distancia.

Las localizaciones más frecuentes en la región de cabeza y cuello son: la bifurcación de la carótida y el oído medio, otros sitios poco comunes incluyen la órbita, región pineal, nariz y laringe entre otras. En la tráquea se han reportado en forma ocasional.^{1,5}

El primer caso en la literatura de paraganglioma en tráquea fue descrito por Zeman en 1956¹ quien sugirió que el tumor del cuerpo carotídeo traqueal deriva de tejido paraganglionar aberrante; sin embargo Lawson y Zak sustentan que este tumor se origina de un verdadero tejido paraganglionar traqueal.^{1,6}

El paraganglioma en la luz laringo-traqueal como sitio de presentación es poco común; exis-

Foto 1
Tomografía lineal de la laringe y tráquea donde se aprecia en la parte superior la laringe con sus estructuras normales, en tráquea neoformación ocupando la luz de la misma (flechas).



ten en la literatura escasos reportes de este tipo de lesiones.^{1,7,8}

Se le considera clásicamente como una lesión benigna, aunque sus aspectos histológicos de pleomorfismo celular ofrecen al patólogo dificultad para su clasificación en lesión benigna o maligna.^{1,7,9}

Es clínicamente como podemos determinar benignidad o malignidad del paraganglioma estoma en base a su comportamiento de invasión a estructuras vecinas o las metástasis a distancia.^{10,9}

Su etiología es desconocida pero su origen es la cresta neural, algunos tumores paraganglionares son productos de aminas vasoactivas (catecolaminas, serotonina e histamina) por lo que es necesario hacer semiología y estudios específicos.^{1,4,5}

La lesión cromafin ha sido de un criterio absoluto para la clasificación de los paragangliomas, los tumores del cuerpo carotídeo y yugular tradicionalmente fueron subclasificados como paraganglioma no cromafines a diferencia de los feocromocitomas de la médula adrenal y de las cadenas simpáticas, los paragangliomas están inervados por fibras parasimpáticas del nervio vago y glossofaríngeo.^{1,5}

Los casos reportados en la literatura hablan que la hemoptisis, la disnea y la disfonía son los síntomas más comunmente vistos en este tipo de pacientes.^{1,7,8}

El caso motivo de esta publicación es una paciente femenina de 46 años de edad, con un padecimiento de 2 años de evolución en el que presenta hemoptisis, disnea y disfonía. La hemoptisis escasa, con estridor laríngeo, manteniéndose sólo en posición fowler, pérdida de peso de 8 kg, astenia y adinamia con agudización de la dificultad respiratoria en los últimos dos meses etiquetándosele como asmática.

A la exploración física: fascies de angustia polipneica, cianótica; a la laringoscopia indirecta las estructuras laríngeas se encontraron de aspecto normal, cuerdas vocales con movilidad y coaptación normal, cuello sin alteraciones.

Se solicitan radiografías simples de tórax y cuello y tomografía lineal observándose neoformación entre 3-4to. anillos traqueales que ocluía el 90% de la luz de aproximadamente 2 cms, realizándosele traqueotomía y posteriormente a través de una traqueofisura resección de la lesión, encontrándose neoformación de 2 X 1.5 X 1 cms, multinodular, de consistencia dura, color gris claro, sesil, vascularizado procedente de la pared posterolateral derecha del 3-5to anillos traqueales, el resto de la tráquea era normal.

Foto 2
Fotografía de un corte histológico de la lesión vista panorámica.

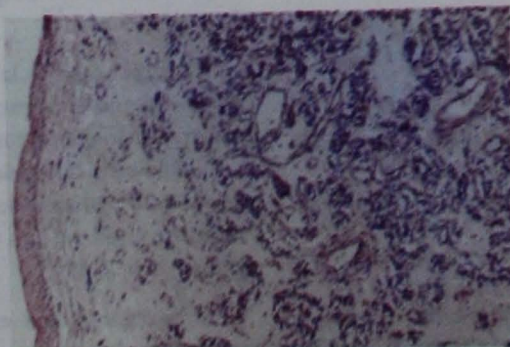
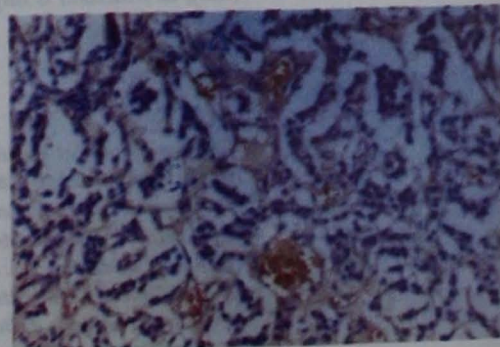


Foto 3
Fotografía de corte histológico de la lesión con acercamiento donde se observan las alteraciones clásicas de paraganglioma.



Se reporta histológicamente como paraganglioma de tráquea. Hasta la actualidad (10 meses post-quirúrgica) se encuentra asintomática sin actividad tumoral.

Discusión

La sintomatología de estas lesiones no nos orienta a pensar en el diagnóstico definitivo de la lesión, esta es una patología muy rara con síntomas tan vagos que puede ser considerada como un problema asmatiforme, procesos inflamatorio inespecífico u ocupativo del árbol traqueobronquial, como queda manifiesto tanto en el caso motivo de esta publicación como los reportados en la literatura médica desde Zeman en 1956.

Referencias Bibliográficas

1. *Shin-Hoe-Liew. M.N. and cols.*: Tracheal Paraganglioma: A case report with review of the literature, *Cancer* 1985, march 15:1387-93.
2. *Escajadillo J.R.*: Oído, Nariz, Garganta y Cirugía de Cabeza y Cuello. 1a. edición. El Manual Moderno. 1991:101-103.
3. *Paparella-Shumrick.*: Otorrinolaringología. 2da edición. Editorial Médica Panamericana. 1989: 2590-2601.
4. *Meyer F.B. and cols.*: Carotid Body Tumors, *Neurosurgery*. 1987:206-213.
5. *Barrón-Soto M.A.; Campos-Navarro L.A.; Juvado Hernández S.; Amayo-Rodríguez R.*: Paraganglioma Nasal reporte de 2 casos. *Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología*. 1989, XXXIV Jun-Jul-Agosto: 225-227.
6. *Lawson W.; Zak F.G.*: The Glomus Bodis (Paraganglioma) of the Human Larynx. *Laryngoscope* 1974,83,98-111.
7. *Oloffson J., Gronoft O., Schjer H., Risberg C.*: Paraganglioma Involving the Larynx. *J. Otorhinolaryngol-Relat-Spec*. 1984,46(2):57-65.
8. *Mitsudo S.M., Grajower M.M. Balbi H., Silver C.*: Malignant Paraganglioma of the Thyroid Gland. *Arch. Pathol-Lab-Med*. 1987; apr 111(4) 378-80.
9. *Robbins Stanley L.*: Patología estructural y funcional. 1975; 613-614, 1271-1272.
10. *Hodge K.M., Byers R.M., Peters L.J.*: Paraganglioma of the head neck. *Arch Otolaryngol head neck surg*. 1988; aug 114: 872-77.

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 !!!

Rinosinusitis alérgica crónica compleja del Distrito Federal

Dr. Enrique Azuara Pliego *

Dra. María de la Paz Rodríguez Fernández **

Resumen.- La rinosinusitis crónica es quizá el desorden rinosinusal que se presenta con mayor frecuencia en la población de la ciudad de México, el cual es producido por diversos factores, tales como estados anormales de las vías aéreas superiores, factores alérgicos, climáticos y de la contaminación que afectan directamente las vías respiratorias de acceso.

En el presente trabajo, se realizó un estudio retrospectivo en 60 pacientes escogidos al azar que llegaron a la consulta privada con diagnóstico de rinitis alérgica pura; establecida por alérgicos, otorrinolaringólogos, pediatras y médicos generales. De estos pacientes, 52 son residentes de México, Distrito Federal y 8 de otras partes de la república, los cuales no había evolucionado favorablemente con el tratamiento para la rinitis alérgica pura.

La finalidad de esta investigación es la de conocer la causa de la ausencia de mejoría en estos pacientes al tratamiento de rinitis alérgica.

Se encontró que dichos pacientes presentaron varios factores predisponentes que pueden desencadenar un síndrome que actualmente debe reconocerse como rinosinusitis alérgica crónica compleja propia de las ciudades con altos índices de contaminación.

Summary.- Chronic rhinosinusitis should be the frequent rhinosinusal disorder in Mexico city population, associated with multiple causes, like upper air way anomalies, allergic factor, climatic and contamination to affect directly the air passages approach.

In the present work, a retrospective study was performed on 60 private patients chosen by hazard with pure allergic rhinitis diagnosis established by allergists, otorhinolaryngologists, pediatricians and general physician. 52 patients residing in México, Distrito Federal and 8 from other parts of the country, who haven't a favorable evolution whit the treatment for pure allergic rhinitis.

The purpose of this investigation is to know the cause of improvement absence with allergic rhinitis treatment.

We found that these patients present many predisponent factors that actually could unchain a new syndrome recognized as Chronic Complex Allergic Rhinosinusitis proper of high contamination index cities.

Palabras clave: Rinosinusitis alérgica crónica compleja, rinitis alérgica, contaminación ambiental.

Objetivos

La intención primordial de este trabajo es la de mostrar un estudio retrospectivo en pacientes

* Otorrinolaringólogo del Hospital Médica Sur.

** Médico residente del 2o. año de Otorrinolaringología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE.

etiquetados con diagnóstico de rinitis alérgica pura, que viven en México, Distrito Federal, que no progresan en su evolución a la mejoría cuando han sido tratados como alérgicos puros, sino hasta que se determina la complejidad de los eventos, que si bien se generan por la rinitis alérgica, también se suman y se perpetúan por múltiples factores, tanto estructurales (rinosinopatías obstructivas, secuelas de cirugías nasales previas con resultados desfavorables, etcétera), así como ambientales (humedad relativa del aire, contaminación y en general los elementos climáticos).

Introducción

La rinosinusitis crónica es probablemente el desorden rinosinusal que afecta con mayor frecuencia a la población de la ciudad de México, el cual, es producto de la reunión de múltiples factores, como cambios ambientales provocados por alteraciones atmosféricas y climáticas, así como productos químicos y la contaminación del aire que afectan directamente a las vías respiratorias de acceso.

La contaminación ambiental, constituye uno de los problemas fundamentales de la humanidad, que se ha agravado actualmente, alcanzando proporciones dramáticas, tanto por su intensidad, como por su extensión.

En 1967 el Consejo de Europa definió la contaminación atmosférica de la siguiente manera: "Hay polución del aire cuando la presencia de una sustancia extraña o la variación importante en la proporción de sus constituyentes, es susceptible de provocar efectos perjudiciales o de crear molestias, teniendo en cuenta el estado de los conocimientos científicos del momento".¹

Los agentes contaminantes son: "esas sustancias extrañas que provocan la contaminación, gases y sólidos que se encuentran en suspensión en la atmósfera". Estos provienen principalmente de los vehículos automotores de transporte, cuya densidad en las regiones urbanizadas determina una elevada contaminación con monóxido de carbono, plomo y óxido de nitrógeno; las plantas de energía eléctrica, los procesos industriales y la incineración de desechos sólidos, que producen humos, polvo y óxido de azufre.

El dióxido de azufre es uno de los contaminantes más habituales y representativos del aire, que

procede de la combustión de carbones, petróleo y aceites minerales utilizados en la producción de energía y en la industria. El dióxido de azufre en ciertas condiciones de humedad se transforma en ácido sulfúrico (H_2SO_4) que constituye un peligroso contaminante secundario. El monóxido de carbono junto con los hidrocarburos y óxidos de nitrógeno son los principales contaminantes que provienen de los gases de escape de los automóviles; en consecuencia, se acumulan en las zonas urbanas, cerca de las vías rápidas y las calles de gran movimiento, y varían en concentraciones conforme aumenta o disminuye el flujo del tránsito. Otros polucionantes importantes son el flúor, el plomo, los silicatos y los óxidos de hierro. Además de los contaminantes gaseosos, el aire contaminado puede tener partículas de sólidos y líquidos suspendidas y dispersas, las macropartículas, que dan el aspecto nebuloso y brumoso al aire contaminado y contienen aluminio, calcio, hierro, plomo, magnesio y sodio en combinación con ión nitrato, sulfato y cloruro.

Las condiciones climatológicas influyen en la distribución de la contaminación atmosférica, siendo el viento el parámetro meteorológico más importante, que puede acumular o dispersar los agentes contaminantes. Por otra parte, es necesario mencionar que la radiación solar interviene en la formación de nitratos de peracilo.^{1,2}

La ciudad de México es una de las áreas urbanas más grandes del mundo, que cuenta con una población metropolitana aproximada de 20 millones de habitantes. Un gran porcentaje de la industria del país se encuentra localizada en dicha ciudad, con lo que se libera una cantidad importante de contaminantes al aire; por otra parte, el parque de aproximadamente 3 500 000 vehículos automotores que utilizan diferentes tipos de combustibles, explican la razón por la cual, la calidad del aire de esa ciudad sea mala. Las características geográficas, como el hecho de estar rodeada por montañas, crean un medio ambiente cerrado, que favorece las inversiones atmosféricas.

La meteorología de la ciudad de México se caracteriza por un invierno seco y un verano húmedo, que junto con las inversiones térmicas causan la retención de partículas en el aire. Se han realizado estudios y dentro de los resultados obtenidos en dichas investigaciones se observa que el efecto del tráfico y el viento hacen variar los niveles de contaminación, así, el viento tiende a

concentrar los contaminantes en la zona urbana durante la mañana, lo mismo que el movimiento vehicular, con lo cual, se presenta un incremento sistemático en las concentraciones de los contaminantes, en especial de los que se generan de la combustión de los hidrocarburos como diesel y gasolina; plomo (Pb), azufre (S), indio (In), hierro (Fe), carbono (C), silicio (Si), aluminio (Al) y calcio (Ca) desde las 6 hasta las 12 hrs., que coincide con la etapa de mayor actividad de la ciudad. Las concentraciones máximas se presentan en otoño e invierno, de octubre a marzo, lo cual demuestra la relación que guardan las condiciones ambientales con las inversiones térmicas.^{3, 4, 5}

Se han hecho estudios para conocer la relación que guardan los contaminantes ambientales sobre la salud respiratoria. Las enfermedades alérgicas afectan principalmente a la niñez y se ha demostrado que el curso y la prevalencia de dichas enfermedades está influenciada por el aire atmosférico y casero contaminado con agentes químicos.^{6, 7, 8}

Los factores predisponentes de la rinosinusitis alérgica crónica compleja no inmunológicos son: la temperatura, sobre todo el frío, que ocasiona un aumento en la resistencia de la vía aérea por la congestión de la mucosa nasal. La influencia hormonal, como en el caso del hipotiroidismo que se asocia con frecuencia a rinitis, así como la acción de las hormonas sexuales en la mucosa nasal. Las drogas agonistas alfa adrenérgicas que se utilizan como vasoconstrictores intranasales, pueden causar una obstrucción nasal importante, cuando se abusa de ellas. La contaminación, los virus y las bacterias producen irritación, inflamación e infección de la mucosa nasal. El stress estimula el sistema nervioso parasimpático produciendo congestión nasal y rinorrea severa.^{9, 10, 11, 12, 13}

Los factores locales de la rinosinusitis alérgica crónica compleja son: las desviaciones septales, la tensión nasal, las secuelas post-quirúrgicas como septum flácido, sinequias, síndrome de exclusión ventricular y dorso abierto; la macroglosia, insuficiencia velofaríngea, hipertrofia adenoidea y atresia de coanas, que producen obstrucción nasal, alteración del mecanismo mucociliar y disfunción de la trompa de Eustaquio.^{14, 15, 16, 17, 18, 19}

Material y Métodos

Se estudiaron retrospectivamente 60 pacientes escogidos al azar por un rastreo computarizado, de la consulta privada de los autores. Se seleccionaron los que llegaron originalmente al consultorio con diagnóstico de rinitis alérgica pura, diagnosticada por alergólogos, otorrinolaringólogos, pediatras y médicos generales; en base a los antecedentes, la exploración física y los exámenes de laboratorio; los cuales habían recibido múltiples tratamientos para rinitis alérgica pura (hiosensibilización y antihistamínicos locales y sistemáticos) sin presentar mejoría.

Nuevamente se volvieron a evaluar los pacientes tomando en cuenta la historia clínica, la apreciación clínica, los exámenes de laboratorio (perfil inmunológico y citología nasal), los estudios radiológicos, la valoración rinomanométrica de la obstrucción nasal y las pruebas alergológicas.

De estos 60 pacientes 52 son residentes de México, Distrito Federal y 8 de otras partes de la República.

Resultados

De los 60 pacientes estudiados, 52 (86.6%) son residentes de México, Distrito Federal y 8 (13.3%) de otras partes de la República, de los cuales 32 (53.3%) fueron mujeres y 28 (46.6%) fueron hombres, con una edad promedio de 36 años para las mujeres y de 37 años para los hombres.

Encontramos que de estos 60 pacientes, 13 (21.6%) presentaron rinitis alérgica estacional y 47 (78.3%) rinosinusitis alérgica crónica compleja.

CUADRO 1

Relación de pacientes con rinitis alérgica estacional (RAE) y rinosinusitis alérgica crónica compleja (RSACC)

EDAD - 8 A 49 AÑOS -

MASCULINOS		FEMENINOS		RAE		RSACC		TOTAL	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
28	46.6	32	53.3	*13	21.6	**47	78.3	60	100

* 5 Residentes del D.F. con edades de 8 a 14 años.

** 47 Residentes del D.F. con edades de 12 a 49 años.

De los pacientes con rinitis alérgica estacional, 5 (38.4%) son residentes del Distrito Federal con edades de 8 a 14 años y los 8 (61.5%) restantes de otras partes de la República Mexicana. Mientras que todos los pacientes con rinosinusitis alérgica crónica compleja con edades de 12 a 49 años son residentes del Distrito Federal, como puede apreciarse en el Cuadro 1.

El análisis que se hizo con respecto a los pacientes con rinosinusitis alérgica crónica compleja se encuentra resumido en el Cuadro 2, en donde se hacen evidentes los factores predisponentes locales; ocupando el primer lugar las desviaciones septales obstructivas diagnosticadas clínica y rinomanométricamente en 21 (44.6%) pacientes. En segundo lugar lo ocupó la desviación de la pirámide nasal en 14 (29.7%) pacientes; mientras que 8 (17 %) pacientes presentaron secuelas postquirúrgicas de cirugías rinológicas previas por resección de gibas como dorso abierto. En 4 (8.5%) pacientes la hipertrofia adenoidea y la alteración del mecanismo mucociliar fueron los responsables del cuadro.

Tomando en cuenta los factores predisponentes locales, en los pacientes con obstrucción nasal secundaria a desviación septal y desplazamiento de la pirámide nasal, fue necesaria la reconstrucción submucosa septal y la movilización de la pirámide. En los pacientes con secuelas rinológicas, 6 (12.7%) tuvieron complicaciones rinosinuales que ameritaron Caldwell-Luc bilateral, en 2 de ellos (4.2%) por sinusitis quística y 4 (8.5%) por sinusitis hipertrófica. En 3 (6.3%) pacientes se

realizó adenoidectomía y colocación bilateral de tubos de ventilación; mientras que en un sólo paciente (2.1 %) se colocaron tubos de ventilación en forma bilateral.

Por último, con respecto al tratamiento; los pacientes con rinosinusitis alérgica crónica compleja mejoraron notablemente al combinar de manera integral la intervención quirúrgica dependiente del factor local predisponente con el uso de medicamentos (locales y sistémicos), así como el mejoramiento del medio ambiente, lo cual se observó cuando los pacientes salían por breves periodos de tiempo del Distrito Federal, desapareciendo muchas de sus molestias.

En cuanto a los pacientes con rinitis alérgica estacional, se encontró que los residentes de otras partes de la República respondían mejor al tratamiento que los residentes del Distrito Federal, lo cual está en relación con las condiciones ambientales desfavorables de la ciudad de México.

Discusión

En base a los resultados obtenidos en esta investigación, tenemos que hay múltiples factores predisponentes que pueden desencadenar un síndrome que actualmente debe reconocerse como rinosinusitis alérgica crónica compleja propia de las ciudades con altos índices de contaminación.

La rinosinusitis alérgica crónica compleja puede evolucionar o asociarse con cualesquiera de las siguientes entidades: La rinitis alérgica, que es el desorden nasal más frecuente, que afecta aproximadamente al 15% de la población; se puede definir como una enfermedad inflamatoria no infecciosa, una alergia tipo I localizada en la mucosa nasal y que es ocasionada por la reactividad de antígenos exógenos inhalados. Puede comenzar a cualquier edad, principalmente en la infancia y en la adolescencia.

La rinitis alérgica estacional o fiebre del heno, se presenta en individuos atópicos entre los 10 y 20 años que se exponen al polen y que se presentan en fechas específicas, en ellos los síntomas son variables y se observa una tendencia a la disminución de los mismos conforme aumenta la edad del paciente. La rinitis alérgica de tipo perenne se presenta todo el año y se asocia a la exposición con el polvo casero, ácaros, etcétera.

CUADRO 2

Procedimientos quirúrgicos realizados a los pacientes con rinosinusitis alérgica crónica compleja		
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	No.	%
Reconstrucción Submucosa Septal	21	44.6
Movilización de la pirámide nasal	14	29.7
Correcciones de Cirugías Rinológicas	*8	17.0
Adenoidectomía y Tubos de Ventilación	3	6.3
Tubos de Ventilación Bilateral	1	2.1
TOTAL	60	100

* 6 pacientes se les realizó Caldwell - Luc bilateral, 2 por sinusitis quística y 4 por sinusitis hipertrófica.

Un ataque típico consiste en obstrucción nasal, rinorrea hialina profusa, estornudos paroxísmicos; prurito nasal y en paladar, con frecuencia hay blefaroconjuntivitis, los ataques intensos van acompañados de síntomas sistémicos, como malestar general. A la exploración física se encuentra una mucosa nasal pálida, edematizada, con abundante secreción acuosa; la conjuntiva está enrojecida y los párpados congestionados.

La rinitis alérgica mediatada el edema de la mucosa altera el mecanismo mucociliar, que obstruye y dificulta la adecuada ventilación de los senos paranasales y favorece la acumulación de secreciones, lo que produce la rinosinusitis alérgica, observándose dolor localizado a la región sinusal que se encuentra afectada; cefalea, que está relacionada con el edema y la congestión del orificio sinusal; la rinorrea y los estornudos son más severos, los cornetes son violáceos y hay alteraciones del olfato.

Tanto la rinitis alérgica como la rinosinusitis alérgica aumentan la obstrucción nasal que favorece la respiración oral, que junto con la contaminación atmosférica y las secreciones que provienen de nasofaringe producen irritación y disminución en la humidificación de la faringe, por lo que a los síntomas antes mencionados se agregan la sensación de sequedad, dolor e irritación de la garganta.

Puede haber una rinitis vasomotora, caracterizada por congestión nasal moderada, prurito y rinorrea profusa.

La rinosinusitis alérgica puede llegar a evolucionar a una rinosinusitis purulenta, debido al acúmulo de exudado en fosa nasal y senos paranasales, que no pueden ser drenados. Se caracteriza por una rinorrea uni o bilateral acompañada de secreción mucosa amarillenta y purulenta proveniente del seno afectado.

La rinosinusitis crónica se presenta cuando los cambios inflamatorios de la mucosa persisten por más de tres meses, con hiperplasia de la mucosa y aumenta la obstrucción nasal por la presencia de pólipos inflamatorios, lesiones cicatrizales con fibrosis, edema, secreciones espesas y deformidades del septum. La anosmia puede ser secundaria a la inflamación de los filamentos nerviosos terminales del nervio olfatorio. Se caracteriza por una rinorrea verdosa amarillenta, que puede llegar a ser fétida; aunque predomina la rinorrea posterior, con lo cual las secreciones producen

hiperemia de faringe y laringe, produciendo disfonía. El dolor sinusal está presente, pero disminuido.

El proceso inflamatorio nasofaríngeo altera el mecanismo mucociliar del árbol traqueobronquial, que junto con la descarga purulenta posterior de los procesos antes mencionados favorece la aspiración de secreciones por la tráquea, propagándose el cuadro infeccioso a los pulmones, con lo que se desarrollan bronquiectasias y bronquitis crónica, que se conoce como el síndrome sinobronquial.

La alteración del mecanismo mucociliar y el edema de la trompa de Eustaquio por las secreciones purulentas, ocasiona una disfunción tubárica, que dependiendo de las características inmunológicas del huésped puede progresar a una otitis media secretoria.

La inflamación crónica que producen las secreciones purulentas en la nasofaringe empeoran la irritación y la resequecedad de la garganta, por lo que se presenta una rinofaringitis crónica, en la cual hay dolor, tos y abundantes secreciones.

Es necesario un tratamiento integral, tanto médico como quirúrgico, tomando en cuenta el aspecto dietético y la hiposensibilización, cuando sea necesario y mejorando las condiciones ambientales.

Conclusiones

Es evidente que en una macrópolis como la que conforma el Distrito Federal y las áreas conurbadas, presentan índices alarmantes de contaminación ambiental que afectan en forma directa y definitiva a las vías aéreas de los que habitan en esta zona, complicando y perpetuando los procesos que originalmente pueden ser desencadenados por una hipersensibilidad tipo I, como la rinitis alérgica; dando pie a una suma de factores (alteraciones estructurales rinoseptales, obstrucciones rinofaríngeas por adenoides, tabaquismo, natación y los elementos contaminantes ambientales ya mencionados). Todo ello genera evidentemente, estados complejos de enfermedad que requieren de un estudio y atención integral; quedando entendido que el simple tratamiento antialérgico en sus diferentes modalidades es insuficiente ante la presencia de un Síndrome de Rinosinusitis Alérgica Crónica Compleja.

Referencias Bibliográficas

1. Burk I.: Contaminación. Biblioteca Salvat de Grandes Temas No. 80. Salvat Editores. 1974: 45 - 88
2. Dickson T.R.: Química. Enfoque Ecológico. Editorial Limusa, 1980: 169-191.
3. Aldape F., et al.: Seasonal Study of the Composition of Atmospheric Aerosols in México City. International Journal of PIXE, Vol. 1, No. 4, 1991: 355-371.
4. Aldape F., et al.: Two Year Study of Elemental Composition of Atmospheric Aerosol in México, City. International Journal of PIXE, Vol. 1, No. 4, 1991: 373-387.
5. Romieu I., et al.: Urban Air Pollution in Latin America and the Caribbean. Health Perspectives. World-Health-Stat-Q. Vol. 43 No. 3, 1990: 153-167.
6. Utell M.J., et al.: Environmentally Mediated Disorders of the Respiratory Tract. Med-Clin-North-Am. Vol. 74, No. 2, 1990: 291-306.
7. Berciano F.A., et al.: Influence of Air Pollution on Extrinsic Childhood Asthma. Ann-Allergy. Vol. 62, No. 2, 1989: 135-141.
8. Galindo J.A., et al.: Modificación de la Respuesta Inmune en Niños con Infecciones Recurrentes de las Vías Respiratorias Tratadas con Inmunoterapia Polivalente Bacteriana. Revista Otorrino. Vol. 1 No. 3. 1991: 79-82.
9. Zeiger R.S.: Allergic and Nonallergic Rhinitis: Classification and Pathogenesis. Part I. Allergic Rhinitis. American Journal of Rhinology. Vol. 3. No. 1. 1989: 21-47.
10. Zeiger R.S.: Allergic and Nonallergic Rhinitis. Classification and Pathogenesis: Part II. Nonallergic Rhinitis. American Journal of Rhinology. Vol. 3, No. 2, 1989: 113-139.
11. Small P.: The Effects of Allergen-Induced Nasal Provocation on Pulmonary Function in Patients with Perennial Allergic Rhinitis. American Journal of Rhinology. Vol. 3, No. 3, 1989: 220
12. Ramírez H., et al.: Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Fascículo II. Obstrucción Nasal Promeco. 1991: 7-9.
13. Pedroza A.: La Rinitis Alérgica. Informe de Patología Nasal. Nasus-Tres. Glaxo de México. 1990: 5-7.
14. Stites D.: Inmunología Básica y Clínica. Editorial Manual Moderno. 1985: 243-250.
15. Péroud A.: Revue des Méthodes Diagnostiques en Allergie. Schweiz-med-Wschr. Vol. 117. 1987: 252-255.
16. Villanueva L.: Diagnóstico y Tratamiento de la Rinitis Alérgica. Alergia. Vol. 32, No. 1. 1990: 5-8.
17. Guillén J.: Diagnóstico y Tratamiento de la Rinitis Alérgica en Equipo de Alergista, Rinólogo y Cirujano. I. Parte. Alergia. Vol. 33. No. 4. 1986: 89-95.
18. Romero L.: Frecuencia de Rinitis con Sinusitis Asociada. Informe de Patología Nasal. Nasus-Dos. Glaxo de México. 1990: 5
19. Avances en Alergia. Jassen Farmacéutica. 1991: 28-54.

Actinomicosis laríngea. Presentación de un caso*

Dr. Carlos López Salazar **

Dra. María Estela Chávez Delgado ***

Resumen.- La actinomicosis, es una infección poco común en la cabeza y cuello y es todavía más rara la afección a nivel laríngeo. Dentro de la literatura mundial sólo se han reportado 28 casos de actinomicosis laríngea. Se presenta un caso de actinomicosis laríngea que nos muestra como el diagnóstico se realiza sólo por biopsia; se encuentra una tumoración exofítica sobre el seno piriforme derecho que ocasiona la presencia de parálisis de la cuerda vocal derecha y disfonía como única sintomatología; posterior al tratamiento médico sus manifestaciones laríngeas se resolvieron. La actinomicosis puede presentarse en una variedad de formas y simular otras infecciones o incluso neoplasia; debe aumentarse la sospecha de actinomicosis en cualesquiera de sus manifestaciones.

Summary.- Actinomycosis is an uncommon infection in the Head and is rarer still in larynx. Twenty eight cases of laryngeal actinomycosis have been reported in the mundial literature. We present a case of laryngeal actinomycosis; which illustrates how the diagnosis was made only by a biopsy specimen; exophytic mass was found on the right pyriform sinus and it was responsible of right true cord paralysis and dysphonia as only symptom; after a medical treatment laryngeal manifestations disappeared. Actinomycosis can present in a variety of forms and may mimic other infections or even neoplasm; should increase suspicion for actinomycosis in any of its manifestations.

Palabras clave: Actinomicosis, laringe, actinomyces israeli, seno piriforme, disfonía, gránulos de azufre, penicilina.

Introducción

En la actualidad es poco común realizar el diagnóstico de actinomicosis debido a su infrecuencia como a la dificultad en su diagnóstico; la infección se caracteriza por granulomas crónicos y enfermedad supurativa con abscesos y formación de fistulas.¹

Desde 1826 LeBlanc realiza una descripción de este trastorno en gatos; sin embargo Von Langenbeck en 1845 realiza la primera descripción clínica en Humanos; Lebert en 1857 lo publica y Harz en 1877 describe la forma bovina; sin

* Trabajo presentado en el XLII Congreso Nacional de la Sociedad de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, A.C. Morelia '92.

** Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Militar Regional de Guadalajara, Jalisco.

*** Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del HGZ # 10 IMSS Santiago Ixc. Nayarit.

embargo 1878 Israel detecta los gránulos de azufre y el mismo en 1891 adquiere su crecimiento de material humano nombrándose **ACTINOMYCES ISRAELI** en su honor. Erikson en 1940 distingue la forma bovina y humana de la enfermedad.²

Arrowsmith en 1910 hace la primera descripción de actinomicosis de laringe en un joven de 19 años quien desarrolló fistulas traquocutáneas; en 1933 Beysiegle describe una serie de 19 pacientes con actinomicosis laríngea con afección pericondrial; Schutz en 1938 reporta un paciente con tumoración perilaríngea en cuello con inflamación endolaríngea; Vergues 1942 describe casos de actinomicosis con lesiones en aritenoides, repliegue ariepiglótico, bandas laríngeas con trayecto fistuloso y extensión a cuello; Langnickel 1972 reporta dos pacientes quienes fueron radiados por Carcinoma de Células Escamosas de la Laringe y posterior a la terapia desarrollaron una tumoración exofítica, la cual fue diagnosticada posteriormente como actinomicosis de endolaríngea; ambos pacientes sanaron con penicilina; Brandenberg 1978, describe un masculino de 67 años con nódulos submucosos en el paladar blando y una tumoración polipoidea en subglotis, cultivos y biopsias confirmaron el diagnóstico de Actinomicosis y el paciente sanó con penicilina; y el último caso de actinomicosis en laringe descrito por el momento ha sido por Hughes 1984, en un masculino de 66 años que desarrolló disfagia y estridor inspiratorio y espiratorio, encontrándose una tumoración exofítica en hipofaringe y endolaríngea, cultivos y biopsias confirmaron el diagnóstico, el paciente sanó con cefalosporinas.³

Reporte de un caso

Se trata de un paciente femenino de 52 años de edad que acudió al Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Regional Militar por presentar padecimiento de 7 meses de evolución manifestado por alteraciones en el timbre y tono de voz y cursando al mismo tiempo con periodos de afonía. La paciente negaba antecedentes de tabaquismo o alcoholismo, así como traumatismos faciales y orales; durante su evolución, la paciente fue vista por 5 médicos especialistas y sometida en dos ocasiones a laringoscopia directa con toma de biopsias reportándose éstas como PROCESOS INFLAMATORIOS; posterior a este último estudio la paciente es manejada mediante

rehabilitación de la voz sin obtener ningún resultado.

Con el antecedente de disfonía de larga evolución, se realiza nuevamente una laringoscopia directa teniendo como posibilidad diagnóstica un carcinoma de laringe; dentro de sus hallazgos se encuentran; lesión de aspecto granulomatoso en aritenoides derecho así como del seno piriforme del mismo lado y observándose la presencia de parálisis de la cuerda vocal derecha; se procedió a tomar biopsias en forma de mapeo de cuerda vocal, banda ventricular así como del seno piriforme del lado derecho. Las muestras fueron reportadas como REACCION INFLAMATORIA CRONICA DE LAS CUERDAS VOCALES Y ACTINOMICOSIS DEL SENO PIRIFORME DERECHO.

En base al reporte histopatológico, la paciente fue sometida a tratamiento médico a base de penicilina sódica cristalina 6 millones IV cada 6 horas por 7 días, posteriormente con penicilina procaínica 800,000 U IM cada 12 hrs por 10 días y finalmente la aplicación de penicilina benzatínica 1'200,00 U intramuscular cada 15 días hasta completar 3 meses.

Al término del tratamiento médico, 3 meses después, se efectúa laringoscopia directa con toma de biopsias y encontrándose como hallazgos; movilidad normal de cuerdas vocales así como ausencia de la lesión de aspecto granulomatoso. Los estudios histopatológicos revelaron ausencia de gránulos de azufre. Actualmente la paciente se encuentra libre de manifestaciones laríngeas y sin recurrencia tumoral.

Hallazgos Patológicos

Mediante tinción de rojo congo se efectuaron los estudios histopatológicos de las biopsias; las primeras, revelan una superficie de epitelio estratificado plano con áreas de ulceración y depósito de fibrina; más profundamente tejido de granulación, con abundante infiltrado de linfocitos, células plasmáticas, histiocitos y polimorfonucleares, predominantemente alrededor de "GRANULOS DE AZUFRE", basófilos y pobremente preservados, compuestos por abundantes estructuras filamentosas "miceladas" radiadas concéntricamente de actinomicosis; en estas áreas se observan restos de fibrina y eritrocitos pobremente preservados. Con los hallazgos descritos se estableció el diagnóstico de "Actinomicosis". (Fi-

guras 1 y 2). Las segundas biopsias realizadas, revelan reacción inflamatoria crónica con ausencia de gránulos de azufre y de elementos malignos.

Comentarios

El nombre de actinomyces se traduce literalmente del griego *ray fungus* porque el organismo aparenta ser en forma y comportamiento un hongo, sin embargo, se ha demostrado que es una verdadera bacteria anaeróbica y gram positiva;² Actinomyces Israeli es el agente causal en humanos, saprófito comensal de la flora oral encontrado comunmente dentro y alrededor de los dientes con caries y en las criptas amigdalinas, por lo tanto, la fuente es endógena, en unos casos la invasión ocurre por acción traumática y en otros por aspiración y deglución; se han relacionado factores predisponentes como diabetes mellitus y neoplasias; la incidencia en individuos sanos y no sanos parece ser igual.³

La actinomicosis en humanos se presenta en 3 sitios: la más común la cervicofacial (57%); abdominopélvica (22%) y torácico-pulmonar (15%).^{3,4}

Dentro de lo que se ha reportado en la literatura se distinguen algunas manifestaciones actinomicóticas laríngeas como inflamación edolaríngea con pericondritis o sin ella o bien la presencia de tumoración exofítica; así mismo señalan como semiología laríngea, disfonía, disfagia, y estridor. El curso clínico de la enfermedad es variable, presentándose la forma aguda como un absceso con síntomas similares de cualquier infección supurativa y la forma crónica con tumoración progresiva la cual es dolorosa, indurada a la piel que la rodea y con formación de trayectos fistulosos.³

Es común que el diagnóstico preliminar de actinomicosis laríngea se realice con carcinoma, abscesos y anomalías congénitas como quiste tirogloso, quiste de la hendidura braquial etc., y esto es debido a la falta de familiaridad de esta enfermedad, así como a la dificultad para realizar su diagnóstico.

El descubrimiento de los clásicos "GRANULOS DE AZUFRE" en el exudado de la lesión o tejido nos conducen al diagnóstico. Estos, sin tinción, son de color amarillento e integrados por filamentos ramificados con diámetro de una micra, periferia irregular, presentando hifas termi-

nadas a manera de mazo debido a la substancia gelatinosa originada por reacción celular. La histopatología se efectúa con cortes teñidos en rojo congo y hematoxilinaeosina; los cultivos se realizan en medio de agar sangre, en anaerobiosis y a 37 grados centígrados. Otros medios utilizados es la serología, sin embargo; ésta puede formar parte de otras enfermedades como tuberculosis.²

A través de los años, la terapia con radiación, cirugía, vacunas y sustancias químicas como tímulo, sulfato de cobre, iodo potasio, fueron utilizadas en el tratamiento de actinomicosis, hoy se conocen que no inhiben el crecimiento de actinomyces. Desde 1945 la penicilina se ha utilizado con éxito y sigue siendo el antibiótico de elección; otros medicamentos recomendados para pacientes alérgicos a la penicilina incluyen tetraciclinas, eritromicina y cefalosporinas, así mismo, los cursos cortos de antibioticoterapia no son suficientes para efectuar una curación de la enfermedad por lo que se recomienda el uso de antibióticos por un periodo de 3 a 6 meses. Se ha observado y mencionado por reportes previos que la forma cervicofacial conlleva un buen pronóstico con antibioticoterapia sólo cuando es diagnosticada tempranamente antes de la formación de fistulas y compromiso óseo. La cirugía es el manejo más importante de las infecciones actinomicóticas; esto incluye una incisión adecuada y drenaje de abscesos con una amplia debridación de tejido necrótico particularmente de trayectos fistulosos y tejido óseo comprometido.^{2,3}

La actinomicosis laríngea, es una enfermedad rara; es de extrema importancia el estudio histopatológico con tinciones especiales en búsqueda de gránulos de azufre para efectuar un diagnóstico temprano, ya que en esto radica su tratamiento y pronóstico.

Referencias Bibliográficas:

1. Shelton, C.; Brackman, D.; Actinomyces Otitis Media; Arch Otolaryngol Head Neck Surg; 1988; 114; 88-89.
2. Bennhoff, D.F.; Actinomyces: Diagnostic and therapeutic considerations and a review of 32 cases laryngoscope 1984;94;1198-1217.
3. Hughes R.A.; Paonessa P.; William F. Conway M.D.; Actinomyces of the larynx; Ann Otol Rhinol Laryngol 1984;95;520-524.
4. Rosario, N.; Rickman L.; Cervicofacial actinomyces; Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1987; 113;777.

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

CONVOCATORIA

**PARA EXAMEN: 8, 9 Y 10 DE FEBRERO DE 1992.
SEDES: MEXICO, D.F. Y GUADALAJARA, JAL.**

TRAMITES PARA OBTENER DERECHO A EXAMEN

1. OBTENER EL INSTRUCTIVO EN LAS OFICINAS DEL CONSEJO.
2. ENTREGAR LA DOCUMENTACION Y LA CANTIDAD DE:
\$ 150, 000.00 ANTES DEL 31 DE OCTUBRE DE 1992,
PARA EL TRAMITE DE REVISION DE DOCUMENTOS.
3. RECIBIRA INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD, 30 DIAS
DESPUES DE SU RECEPCION.
4. UNA VEZ APROBADA LA SOLICITUD, CUBRIR LA CUOTA DE:
\$ 500,000.00 DE DERECHO A EXAMEN.
5. PRESENTAR EL EXAMEN.

REQUISITOS

PODRAN PRESENTAR EL EXAMEN QUIENES REUNAN LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- A) TENER EL TITULO DE MEDICO Y ESTAR AUTORIZADO LEGALMENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.
- B) CONTAR CON UN ENTRENAMIENTO FORMAL DE 3 AÑOS COMO MINIMO EN OTORRINOLARINGOLOGIA, EN ALGUNA DE LAS INSTITUCIONES RECONOCIDAS POR EL CONSEJO. (INCLUYE A LOS RESIDENTES DE 3er. AÑO)
- C) SER MIEMBRO TITULAR DE UNA SOCIEDAD DE OTORRINOLARINGOLOGIA EN LA REPUBLICA MEXICANA RECONOCIDA POR EL CONSEJO. EN EL CASO DE LOS RESIDENTES, DISPONDRAN DE UN AÑO PARA INGRESAR A UNA SOCIEDAD.

LA JUNTA DE GOBIERNO

Modificación al colgajo de Abbé-Estlander

Dr. Jorge E. Cruz Ponce *

Dr. José Luis Treviño González **

Dr. Ricardo de Hoyos Parra ***

Dr. Javier Zorrilla Garza ****

Resumen. - Se presenta un paciente masculino de 72 años con 6 meses de evolución de un carcinoma espinocelular en labio superior.

La finalidad es presentar una variante del colgajo de Abbé-Estlander, sugerir su uso en caso de estar frente a una lesión similar.

Summary. - A case of a male patient 72 years old with a 6 month evolution with a spinocelular carcinoma of the superior lip treated with a variant of the Abbe-Estlander flap, author suggest and encourage the use this technique in similar cases.

Palabras clave: Colgajo de Abbé-Estlander, y carcinoma de labio.

Introducción

El cáncer del labio ocupa aproximadamente el 30% del cáncer de la cavidad oral¹ y ocurre en aproximadamente 1.8 individuos por 100,000; y se relaciona sobre todo con la exposición al sol, irritantes como el tabaco, pobre higiene oral y periodontitis. Es más frecuente en personas de piel blanca.^{1,2}

El labio inferior se involucra aproximadamente el 95% de los casos y el superior en el 5% restante.

Generalmente estos pacientes son vistos en relativamente buen estado de salud; sin desnutrición ni pérdida de peso. Son tumores no dolorosos y causan progresivamente alteraciones en la función oral.¹

La variante histológica mas frecuente de cáncer en la piel de la cabeza y el cuello es el basocelular y en el área de los labios alcanza su máxima frecuencia en el labio superior; por otro lado el cáncer espinocelular alcanza su máxima frecuencia en el labio inferior.¹⁻²

Para su estadiaje se usa la clasificación aceptada por la AJC:

- T1: Tumor primario de 2 cm en su diámetro más grande.
T2: Tumor mayor de 2 cm pero menor de 4 cm en su diámetro más grande.

* Jefe del Departamento ORL UANL

** Maestro del Departamento ORL UANL

*** Jefe de enseñanza del Departamento de ORL UANL

**** Residente del Departamento de ORL UANL

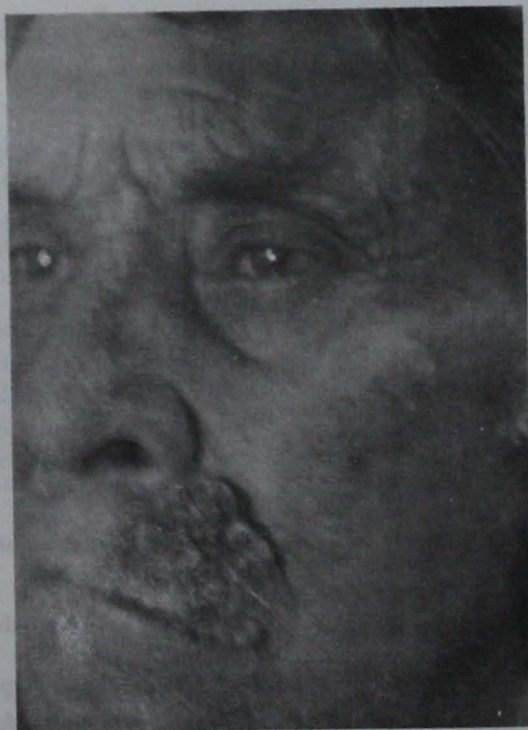
Departamento de Otorrinolaringología, Hospital Universitario "Dr. José E. Glez." UANL.

- T3: Tumor mayor de 4 cm en su diámetro más grande.
- T4: Tumor mayor de 4 cm pero con invasión profunda.

El tratamiento, es definitivamente la excisión quirúrgica. En el labio inferior, su drenaje linfático es a los ganglios submentonianos y submaxilares unilaterales y contralaterales, por los que en tumores T3 o T4 no bastará solamente quitarlos quirúrgicamente sino que necesitará realizar una disección funcional del cuello suprahioidea electiva en el mismo acto quirúrgico o la observación mensual cuidadosa para que en caso de aparecer patología en cuello, someterlo a cirugía o radioterapia.¹⁻⁴

En el caso del labio superior, éstos no tienen drenaje linfático centralateral y la diseminación es homolateral a los ganglios periparotídeos, periauriculares y cadena cervical superior y en caso de afección se hará necesario su disección quirúrgica conmitante con la excisión de la lesión primaria.¹

En la reparación de los defectos creados al extirpar lesiones de los labios se ha usado el colgajo de Abbé-Estlander;¹⁻⁴⁻⁵⁻⁶ Abbé en caso de reconstrucción de defectos de la línea media (figura 1) y Estlander en caso de reconstrucción de defectos cercanos a la comisura (figura 2). Sin



embargo el uso de colgajos para reconstruir defectos del labio comunmente se refiere al colgajo Abbé-Estlander. Siendo necesario en estos casos una segunda intervención para restituir la funcionalidad y estética a la boca.

Caso Clínico

Se trata de un paciente masculino de 72 años, que fue visto en la consulta, con 6 meses de evolución, con una lesión verrucosa en el labio superior del lado izquierdo de aproximadamente 4 cms la cual no atravesaba la línea media y tomaba la comisura del mismo lado, además involucraba el espesor del labio superior, pero no llegaba a involucrar el maxilar superior, separándose de éste por 1 centímetro aproximadamente de tejido sano (Foto 1).

Dicha lesión además se extendía al labio inferior a manera de leucoplaquia 5 mm (Foto 2).

La lesión fue biopsiada y el reporte histopatológico fue de carcinoma espinocelular bien diferenciado del labio superior. Catalogándose como T3-N0-M0 ya que el cuello no presentaba ganglios clínicamente palpables ni metástasis a distancia.

Discusión

Todo colgajo regional, debe llevar al ser rotado su irrigación, la que nos asegura la viabilidad de este tejido.

El colgajo Abbé-Estlander se basa en la arteria labial, rama de la arteria facial a su vez, rama de la arteria carótida externa.¹⁻⁴

La arteria labial circunda el músculo orbicular de los labios por arriba y abajo¹⁻⁷ y a cada lado, de tal manera que los labios reciben irrigación homolateral y controlateral.



Fotos 1 y 2

Fotos 3 y 4



En el presente artículo se describe una variante del colgajo de Abbé-Estlander que puede usarse para tratar un paciente con lesión cancerosa del labio superior.

La extirpación de la lesión necesitó quitar casi la mitad del labio superior.

En este caso un colgajo triangular de labio inferior (Foto 3) se rota para unirse al labio superior y llenar el defecto creado al extirpar la citada tumoración.

Posteriormente se procede a aproximar con puntos separados el resto de los tejidos del labio superior e inferior (Foto 4) los bordes de resección fueron negativos para neoplasia.

Finalmente se muestra el resultado una vez lograda la curación (Foto 5).

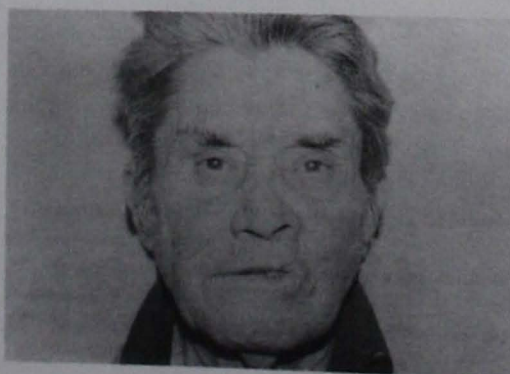


Foto 5

El paciente evolucionó satisfactoriamente sin presentarse posteriormente incapacidad funcional y un resultado estético aceptable por lo cual no requirió una segunda intervención para resolver una microstomía.

La variante en este caso, se basa en rotar un colgajo de labio inferior hacia el labio superior, el cual está irrigado por circulación contralateral; la rotación se lleva a cabo en sentido inverso a como tradicionalmente está descrito, y cuya secuencia se muestra en las fotografías.

Además el ángulo de rotación es de 90 grados y no de 180 grados como está descrito.

Conclusiones

Las ventajas del procedimiento presentado, son que se resuelve el problema en una sola intervención quirúrgica, sin crear una microstomía importante con problemas funcionales y estéticos, que requerirían una segunda operación.

Referencias Bibliográficas

1. Holt, G. R.: Surgical Therapy of Oral Cavity Tumors; Lips Tumors Comprehensive Management of Head and Neck Tumors. Ed. Saunders, 25, 536-595, 1987.

2. *Mesion, H.; Grotst IA. En Robins: Patología Funcional y Estructural. Ed. Interamericana, Tercera Ed., 30, 1975.*
3. *Beahs, D.H.; Henson, D.H.; Hutter, R.V.; Myers, MA. Manual for Staging of Cancer; American Joint Committee on Cancer. J. B. Lippincott Company; Third Ed. 29, 1988.*
4. *Myers E.; Johnson I.; Aramany. MA: Reconstruccion of the Oral Cavity. Editor: Gerald M. English, Harper and Row Publishers, Philadelphia. 42, 1984.*
5. *Jafeh, B. T.; Sasaki: Resection of Two-Thirds of the Lip and Reconstruction. The Atlas of Head and Neck Surgery; K.J. Lee, Editor-in-Chief. Grune and Straton Inc., 27, pp 207-212, 1983.*
6. *Ivy R. and Cols.: Cheiloplasty. Manual of Standar Practice of Plastic and Maxilofacial Surgery. W.B. Saunders Company. III, Ch. pp 98-102; 1943.*
7. *Lockhart; R.D.; Hamilton; G.F.; Fyfe. FN: Anatomía Humana. Ed. Interamericana. Sexta Reimpresión, pp 602, 1965.*

Procedimiento quirúrgico Caldwell-Luc en el Instituto Nacional de Pediatría. Revisión de 5 años

Dr. Carlos Eduardo Pierluissi Pérez *

Dr. Adalberto Navarrete y Tiburcio **

Dra. Raquel Reyes Miranda ***

Resumen. - Se realizó estudio retrospectivo de los pacientes que fueron sometidos al procedimiento quirúrgico Caldwell-Luc en el Instituto Nacional de Pediatría durante el período comprendido entre los años 1986 y 1990.

Summary. We made a retrospective study of patients who required a Caldwell-Luc surgery at the Instituto Nacional de Pediatría, in the period from 1986 to 1990.

Palabras clave: Caldwell-Luc, sinusitis, tumor sinusal, rinitis alérgica, indicaciones, complicaciones, evolución.

Introducción

El procedimiento Caldwell-Luc, es la técnica quirúrgica donde se combina la remoción de mucosa enferma, tumor o cuerpo extraño de la cavidad de los senos paranasales, especialmente el maxilar, con la realización de una ventana nasosinusal, para proveer de drenaje a la cavidad sinusal. Además puede ser usada como vía de abordaje para que por medio del antro maxilar se llegue hasta el piso de la órbita o la fosa pterigomaxilar o fosa infratemporal.^{1,2}

John Hunter fue uno de los primeros cirujanos en realizar el abordaje externo para llegar al antro maxilar. En 1893 George Caldwell publicó esta técnica en el New York Medical Journal y cuatro años más tarde Henri Luc lo hacía en la literatura Francesa, aceptándose posteriormente el nombre de procedimiento quirúrgico Caldwell-Luc.¹²

Entre las indicaciones de esta técnica se mencionan; sinusitis agudas que a pesar de recibir numerosos tratamientos médicos, la respuesta favorable sea fallida o en aquellos pacientes que a pesar de mejorar presenten recurrencias. En sinusitis crónicas con importante engrosamiento de la mucosa sinusal, evaluado radiológicamente. Además es de utilidad en la remoción de pólipos antrales, cuerpos extraños, enfermedades neoplásicas o en conjunción de etmoidectomías transantrales.^{8,9}

* Residente de postgrado de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Pediatría.

** Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Pediatría.

*** Adscrito al Servicio de Metodología y Estadística del Instituto Nacional de Pediatría.

Otras indicaciones son el cierre de fistulas oroantrales, corrección de exoftalmia maligna con fines estéticos, así como también para el acceso al espacio pterigomaxilar, bien sea para ligar las arterias maxilar interna y detener una epistaxis, seccionar el nervio vidiano en las rinitis vasomotoras, reseca el ganglio esfenopalatino por dolor facial, reseca el nervio maxilar superior para el tic doloroso, reseca quistes dentales de retención y tumores benignos como fibromas y osteomas.^{8,9,13}

El procedimiento Caldwell-Luc, consiste en la realización de una incisión horizontal de la mucosa en el surco gingivolabial y posteriormente es elevado el periostio de la pared anterior del seno maxilar de la fosa canina. Se debe localizar el nervio infraorbitario preservándolo en el límite superior de la exposición quirúrgica. Se abre una ventana en la pared anterior sinusal de aproximadamente 2x2 cms, visualizando así el interior del antro sinusal, se remueve la patología. La descripción clásica de la operación Caldwell-Luc incluye la creación de una ventana antranasal, para permitir el drenaje declive del seno o para permitir la irrigación del seno maxilar en el postoperatorio.^{10,13}

Entre las complicaciones descritas en la realización de esta técnica quirúrgica figuran; anestesia de la mejilla, labio superior y encía por sección inadvertida del nervio infraorbitario, la fistula oroantral por dehiscencia de la línea de sutura gingivolabial, otra es la hemorragia copiosa que obliga a revisión de la herida o a volver a taponar el seno.¹¹

También se mencionan desvitalización de los dientes, osteomielitis del maxilar superior por infección conjunta, estas últimas de poca frecuencia.^{3,5,7}

Material y Métodos

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes del Instituto Nacional de Pediatría, con edades comprendidas entre los 6 a los 18 años inclusive, quienes fueron sometidos al procedimiento quirúrgico Caldwell-Luc en el período comprendido entre enero de 1986 a diciembre de 1990.

Los datos recolectados fueron: edad, sexo, cuadro clínico, patología asociada, diagnóstico preoperatorio, hallazgo transoperatorio, resultado histopatológico, evolución post-operatoria.

Se excluyeron todos aquellos pacientes en los cuales el expediente estaba incompleto.

Resultados

Se estudiaron cincuenta pacientes sometidos al procedimiento quirúrgico Caldwell-Luc, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró un porcentaje mayor de pacientes del sexo masculino (62%) que femenino (38%), aunque para el grupo etario de menores de 12 años, la diferencia de sexo fue poco significativa. En cuanto a la distribución de pacientes por grupos etarios, los mayores de 12 años y hasta los 18 años, representaron un 66% del universo estudiado, con una cifra absoluta de 33 pacientes. (Cuadro I)

Se correlacionó el diagnóstico preoperatorio, con los grupos etarios, sin lograr un valor estadístico real, pero donde se puede evidenciar que los cincuenta pacientes estudiados, el diagnóstico preoperatorio que con mayor frecuencia provocó la realización del procedimiento Caldwell-Luc, fue la sinusitis crónica, en 36 pacientes, distribuidos en 25 en los pacientes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años y 11 pacientes menores de 12 años. Otros diagnósticos observados fueron sinusitis aguda en sólo 6 pacientes, tumor sinusal en 5 pacientes y la asociación de sinusitis aguda con tumor sinusal sólo en 3, todos los anteriores sin diferencias significativas en cuanto a los grupos etarios. (Cuadro II)

Luego de realizada la cirugía, la evolución postoperatoria, fue buena en 48 pacientes del universo estudiado, sólo en dos pacientes menores de 12 años, se consideró la evolución mala, por recurrencia de los síntomas iniciales, que motivaron la cirugía. No se encontró ningún

CUADRO I			
DISTRIBUCION DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD Y SEXO			
GRUPOS POR EDAD	SEXO (%)		TOTAL (%)
	MASC.	FEM.	
MENORES DE 12 AÑOS	9 (18)	8 (16)	17 (34)
12 A 18 AÑOS	22 (18)	11 (22)	33 (66)
TOTAL	31 (62)	19 (38)	50 (100)

CUADRO II					
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DISTRIBUIDO DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD					
GRUPO ETARIOS	DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO				TOTAL
	SINUSITIS AGUDA	SINUSITIS CRONICA	TUMOR SINUSAL	TUMOR SIN Y SINUS. AGUDA	
MENOR DE 12a.	3	11	3	0	17
DE 12 A 18a	3	25	2	3	33
TOTAL	6	36	5	3	50

paciente con mala evolución en el grupo de 12 a 18 años. (Cuadro III)

Se contrastó además la evolución post-operatoria con la patología asociada al diagnóstico clínico principal, observándose que los pacientes que no presentaron ninguna otra patología,¹¹ todos presentaron buena evolución postoperatoria. Otras patologías asociadas fueron la rinitis alérgica en 10 pacientes, la desviación septal en 9, la celulitis periorbitaria y la adenoamigdalitis crónica en 5 pacientes cada una y 3 pacientes presentaron enfermedad inmunológica. Con excepción de 2 pacientes que presentaron adenoamigdalitis crónica y rinitis alérgica con desviación septal respectivamente, todos los demás presentaron buena evolución post-operatoria. (Cuadro IV)

En cuanto al resultado histopatológico, 37 pacientes obtuvieron resultados de sinusitis crónica, de los cuales uno presentó mala evolución solamente. De forma sorpresiva un solo paciente resultó con reporte de mucosa sinusal normal y el mismo presentó mala evolución postoperatoria. En 2 fue reportado angiofibroma nasofaríngeo y presentaron buena evolución posterior a la cirugía. Se apreciaron 7

casos con resultados histopatológicos de sinusitis crónica y pólipo sinusal, los cuales evolucionaron favorablemente después de su tratamiento quirúrgico. En sólo tres reportes se observó quiste sinusal, con buena evolución. (Cuadro V)

Se correlacionó el diagnóstico preoperatorio con los hallazgos transoperatorios, encontrando que en 36 casos se hizo el diagnóstico de sinusitis crónica, de los cuales 25 correspondieron al hallazgo transoperatorio de engrosamiento de mucosa sinusal, en 10 de ellos este engrosamiento se acompaña de tumor sinusal y a pesar del diagnóstico en uno de estos pacientes se encontró mucosa sinusal normal. Es de notar que en 6 diagnósticos preoperatorios de sinusitis aguda, al momento de la cirugía se apreció engrosamiento de la mucosa sinusal, así como también en tres pacientes a quienes se le realizó la cirugía por sinusitis aguda y tumoración sinusal, se encontró durante la misma un engrosamiento de la mucosa sinusal y la presencia del tumor. (Cuadro VI)

Dentro del grupo de síntomas y síntomas observados la mayor frecuencia la obtuvo la combinación de obstrucción nasal con rinorrea mucosa en 17 pacientes de los 50 estudiados, de los cuales en 8 se observó durante la cirugía engrosamiento de la mucosa sinusal y en 7 tumor sinusal con engrosamiento de mucosa, en un paciente se observó mucosa normal y en otro sólo se reporta el tumor sinusal. La fiebre con rinorrea mucosa, fueron reportados por 10 pacientes antes de su cirugía, encontrándose en este engrosamiento de mucosa en 9 pacientes y en otro tumor sinusal con engrosamiento mucoso la obstrucción nasal se observó en 6, en los que se visualizó engrosamiento mucoso y tumor sinusal en 3, sólo engrosamiento en 2 y tumor sinusal en 1. (Cuadro VII)

CUADRO III			
EVOLUCION POST-OPERATORIA DISTRIBUIDA DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD			
GRUPOS ETARIOS	EVOLUCION POST-OPERATORIA		TOTAL
	BUENA	MALA	
MENOR DE 12a	15	2	17
DE 12 A 18a	33	0	33
TOTAL	48	2	50

CUADRO IV			
CONTRASTACION ENTRE PATOLOGIA ASOCIADA Y EVOLUCION POST-OPERATORIA			
PATOLOGIA ASOCIADA	EVOLUCION POST-OPERATORIA		TOTAL
	BUENA	MALA	
RINITIS ALERGICA	10	0	10
DESVIACION SEPTAL	9	0	9
TRAUMATISMO NASAL	2	0	2
ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA	1	0	1
ENFERMEDAD INMUNOLOGICA	3	0	3
CELULITIS PERIORBITARIA	5	0	5
ADENOAMIGDALITIS CRONICA	5	1	6
RINITIS ALERGICA Y DESVIACION SEPTAL	2	1	3
SIN PATOLOGIA ASOCIADA	11	0	11
TOTAL	48	2	50

Discusión

La cirugía de Cadwell-Luc, fue realizada en nuestro estudio, en pacientes con edades pediátricas, donde se aprecia que las patologías encontradas, las cuales motivaron realizarla, fueron de poca variedad, no así la referida en la literatura, la cual para la población adulta, es diversa.

La sinusitis crónica fue el diagnóstico pre-operatorio, que en mayor cuantía se encontró, concordando con lo escrito en la bibliografía consultada.^{3,4,9,10,12} Además en estos pacientes pediátricos también motivaron cirugía de Cald-

well-Luc, la sinusitis aguda, el tumor sinusal (donde se englobaron los pólipos nasosinuales, frecuentes en combinación con la patología alérgica y los angiofibromas nasofaríngeos, tumoración con alta incidencia en la edad escolar y de adulto joven). Es de hacer notar que no se encontraron pacientes, que ameritaran sección del nervio vidiano, por rinitis vasomotora, o pacientes que ameritaran ligadura de arterias maxilares interna, por epistaxis intratables. No se encontró tampoco pacientes con fístulas oroantrales, ni con fracturas de piso de órbita, todo lo anterior referido en diferentes artículos consultados, donde el es-

CUADRO V			
CONTRASTACION ENTRE RESULTADO HISTOPATOLOGICO Y EVOLUCION POST-OPERATORIA			
RESULTADO HISTOPATOLOGICO	EVOLUCION POST-OPERATORIA		TOTAL
	BUENA	MALA	
MUCOSA NORMAL	0	1	1
SINUSITIS CRONICA	36	1	37
ANGIOFIBROMA NOSAFARINGEO	2	0	2
QUISTE SINUSAL	3	0	3
SINUSITIS CRONICA Y POLIPO SINUSAL	7	0	7
TOTAL	48	2	50

CUADRO VI

CONTRASTACION ENTRE DIAGNOSTICO PREOPERATORIO Y HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS

HALLAZGOS TRANSOPERATORIO	DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO				TOTAL
	SINUSITIS AGUDA	SINUSITIS CRONICA	TUMOR SINUS	SIN. AGUDA Y TUMOR	
MUCOSA NORMAL	0	1	0	0	1
ENGROSAMIENTO MUCOSA SINUSAL	6	25	0	0	31
TUMOR SINUSAL	0	0	3	0	3
ENGROSAM. MUCOSA TUMOR SINUSAL	0	10	2	3	15
TOTAL	6	36	5	3	50

tudio principalmente era dirigido a pacientes con edad adulta.^{2,6,11,12,13}

En cuanto al sexo, sólo se encontró una ligera predominancia por el sexo masculino (62%).

El grupo etario donde mayormente se realizó dicha cirugía fue el de aquellos pacientes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. (con

cifras absolutas de 33 en los cincuenta casos estudiados)

Otro punto de importancia, fue el seguimiento clínico, para determinar la evolución postoperatoria, observando que prácticamente, casi la totalidad de los estudiados no presentaron recurrencias de sus signos y síntomas iniciales. Sólo en dos casos que se atribuyó a patología asociada

CUADRO VII

CUADRO COMPARATIVO ENTRE EL CUADRO CLINICO Y LOS HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS

CUADRO CLINICO	HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS				TOTAL
	MUCOSA NORMAL	ENGROSAM. MUCOSA	TUMOR SINUSAL	ENGR. MUCOSA Y TUMOR SIN.	
OBSTRUC. NASAL	0	2	1	3	6
HIPEREMIA NASAL	0	2	0	0	2
CEFALEA	0	1	0	2	3
RINORREA HIALINA	0	2	0	1	3
RINORR. MUCOSA	0	0	1	0	1
RINORR. MUCOPURUL	0	4	0	0	4
OBSTRUC. NASAL Y RINORR. MUCOSA	1	8	1	7	17
HIPEREMIA MUCOSA Y RINORR. MUCOPUR	0	3	0	1	4
FIEBRE Y RINORR. MUCOSA	0	9	0	1	10
TOTAL	1	31	3	15	50

como fue en un caso un paciente con sinusitis crónica que además presentaba rinitis alérgica y desviación septal obstructiva y otro que padecía de sinusitis crónica y adenoamigdalitis crónica y en los cuales primero se realizó la cirugía de Caldwell-Luc, estos dos pacientes en el grupo de menores de 12 años. Esto anterior compatible con la literatura, donde se habla de evolución favorable en un alto porcentaje en los pacientes intervenidos por esta técnica.^{1, 7}

En otros artículos se señalan las complicaciones presentadas como dehiscencia de piezas dentarias, hemorragia copiosa e hipoestésia de región malar.^{4,5,8,10} Pero en los expedientes revisados no se reporta ninguno de estos eventos.

La patología asociada que más se presentó fue la rinitis alérgica y que generalmente se asoció a sinusitis crónica y/o a tumor sinusal. Además se encuentran otros pacientes con desviación septal nasal, traumatismo nasal, enfermedad infectocontagiosa o inmunológica, que pueden desarrollar por su fisiopatología una enfermedad sinusal,⁴ aunque en el estudio su frecuencia fue poca.

Se contrastó el diagnóstico preoperatorio con los hallazgos transoperatorios observando, que como está referido en la literatura concuerdan ambas variables,^{4,10} sólo en el caso de sinusitis aguda, donde no se espera tener un engrosamiento de mucosa sinusal importante, en seis casos estudiados se evidenció que aparte de la agudización sinusal ya existía un proceso crónico.

La sintomatología presentada por el universo estudiado se relaciona con los hallazgos transoperatorios encontrados y es similar a la reportada por la mayoría de autores revisados.^{1,4,9,10,12}

Otra concordancia fue el hecho de que el diagnóstico preoperatorio fue similar en un alto

porcentaje con los resultados histopatológicos obtenidos posterior a la realización de la cirugía.

Referencias Bibliográficas

1. Adams, Boices, Papavella: "Fundamentals of Otolaryngology" Part three: The nose and paranasal sinuses. W.H. Saunders Company. 1978. 281-422
2. Brook, Friedman.: "Intracranial complications of sinusitis in children". Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1984 91:41-43
3. Crocket, McGill, Healy, Friedman, Sulheld.: "Surgery of nose and paranasal sinus in fibrous cyst child". Ann Otol Rhinol. Laryngol. 1989. 96(4): 367-372
4. Cummings, Fredrickson, Harker, Kvaase, Schuller.: "Paranasal sinuse" Otolaryngology. Head and Neck Surgery. Vol 1 The C.V.Mosby Company. 1986, 845-960
5. Juntunen, Turkkanen, Makinen.: "The Caldwell-Luc operation in the treatment of brochial asthma". Laryngoscope. 1988 92 (2 pt 1): 249-251
6. Kaltveider, Dortzbach.: "Destroy cyst of maxilar sinus hurt the orbit". Arch. Ophtalmology. 1988. 106(10): 1398-1402
7. Lake, C.F.: "Management of sinusitis in children". Laryngoscope 1978. 68: 1069-1075
8. Lore J.M.: "Senos paranasales y maxilar superior" Cap. 5 Cirugía de Cabeza y Cuello. Atlas. Editorial médica Panamericana. III edición, 1985. 134-179
9. Maran A.G.D, Stell P.M.: "Infecciones de la nariz y de senos paranasales" Cap. 17. Otorrinolaringología Clínica. Espaxs S.A. Publicaciones médicas
10. Papavella, Shumrick.: "Enfermedades de nariz y senos paranasales" Cabeza y Cuello. Tomo III. Otorrinolaringología. Editorial Panamericana S.A. Segunda edición 1933-2098
11. Sisson, Toriumi, Atiyah.: "Paranasal sinus malignity. Understanding date". Laryngoscope 1989. 99(2):143-150
12. Yarrington, C.T.: "The Caldwell-Luc operation revisited" Ann.Otol.Rhinol.Laryngol. 1984. 91: 41-43
13. Zinveich, Stammberger, Kopp, Kennedy, Johns, Rosenbaun.: "The surgical management of recurrent chronic sinusitis the Caldwell-Luc versus funtional endoscopic techniqe H.N.O. 1987. 35(3): 93-105

Alcalosis respiratoria compensada en pacientes con taponamiento nasal

Dr. Arturo Ramírez García *

Dr. Martín Castañeda de León **

Dr. Juan J. Reyes Fortanelli ***

Dr. Eduardo I. Acuña Ramírez ***

Resumen.- Existe controversia en cuanto al efecto local y sistémico del taponamiento nasal, sobre todo en el equilibrio ácido-base. Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, en 50 sujetos con edades entre los 16 y 62 años con taponamiento nasal por cirugía o epistaxis, obteniendo muestras sanguíneas para gasometría, biometría hemática y cloro en el pre y postoperatorio. En los resultados se observó un incremento estadísticamente significativo de la pO_2 ($p < 0.03$), no así en el resto de los parámetros donde se observó una discreta disminución de la pCO_2 , con pH normal y aumento no significativo de hemoglobina y cloro. Analizando integralmente las variables, se concluye que la mayoría de los pacientes tendieron a presentar alcalosis respiratoria compensada.

Summary.- There is controversy in account to the local and systemic effects of the nasal packing, mainly in relation with the acid-base balance. Fifty patients with nasal packing for surgery or epistaxis, were studied by means of blood samples for gases, hemoglobin and electrolytes at the preop and postoperative period. The results shown a significant statistic increment only for pO_2 , while the others parameters had small changes without statistic value. The variables were analyzed integrally, and we concluded that most patients had a tendency to present a compensated metabolic alkalosis.

Palabras clave: Taponamiento nasal, gasometría, alcalosis respiratoria compensada.

Introducción

El taponamiento nasal es uno de los procedimientos terapéuticos utilizados con mayor frecuencia por el otorrinolaringólogo, para el control de epistaxis o bien en el postoperatorio de diferentes tipos de cirugía nasal. Existen numerosos reportes en la literatura que asocian este manejo con diversas complicaciones locales y sistémicas, como las ocasionadas a nivel pulmonar y cardiovascular, fundamentándolas en alteraciones gasométricas.^{1, 7, 8, 9, 11, 12}

Dentro de estos cambios se señalan principalmente: hipoxia con normocapnia^{4, 5, 6} hipoxia

* Residente de 2o. año de la especialidad de ORL.

** Residente de 3er. año de la especialidad de ORL.

*** Residente de 1er. año de la especialidad de ORL. Centro Hospitalario "20 de Noviembre" ISSSTE, departamento de Otorrinolaringología. Ciudad de México, D.F.

Trabajo premiado en el XLII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología. "Mejor trabajo realizado por un residente"

Fotos 1 y 2



con hipercapnia^{2, 3} y desaturación de oxígeno. Los mecanismos fisiopatológicos involucrados incluyen la hipoventilación alveolar y alteraciones en el reflejo nasopulmonar, lo que clínicamente se traduciría ocasionalmente como muerte súbita, enfermedad vascular cerebral o complicaciones cardiovasculares como infarto al miocardio. El efecto sistémico de este procedimiento sin embargo, ha sido frecuentemente ignorado o aceptado por ejemplo, como parte del manejo de la epistaxis severa, particularmente en cuanto a los cambios pulmonares.

La oxemia depende directamente de la concentración de hemoglobina en la sangre, ya que el oxígeno disminuye con los descensos del pH; por otro lado, después del intercambio gaseoso, el transporte isohídrico de CO₂ requiere la contradifusión de cloro (Cl) y bicarbonato (HCO₃) para mantener la electroneutralidad.^{13, 14} Por lo anterior, es de esperarse que de existir cambios significativos en los gases arteriales, se modifique también en alguna forma la concentración del cloro, para mantener un equilibrio ácido-base.

El presente estudio tiene como propósito analizar integralmente estos factores, para obtener un panorama más claro del efecto sistémico en el

equilibrio ácido-base en pacientes sometidos a taponamiento nasal.

Material y Método

Este estudio se realizó en una primera fase de abril a julio de 1991 con 30 pacientes, y en una segunda fase de noviembre a enero de 1992, analizando 20 pacientes más, por lo que en total se estudiaron 50 sujetos, 30 femeninos y 20 masculinos, cuyas edades fluctuaron entre los 16 y 62 años, con una edad promedio de 32.9 años. Todos los pacientes contaban con historia clínica completa, exámenes de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación, examen general de orina) y de gabinete (telerradiografía de tórax y de senos paranasales). Para los criterios de inclusión se seleccionaron a pacientes entre 15 y 65 años de edad, sin importar el sexo, sometidos a taponamiento nasal, no incluyendo a pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular.

Se obtuvieron muestras sanguíneas por punción de la arteria radial con punzocat del número 22 y jeringa con .1 ml de heparina 5000 U, durante la tarde del ingreso de los pacientes, previo a la cirugía o a la colocación del taponamiento por

Figura 1
Valores promedio antes y después del taponamiento.

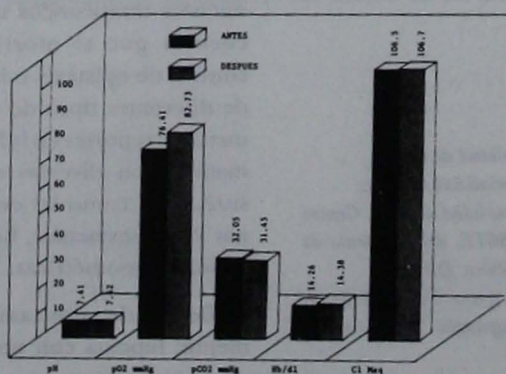


Figura 2
Análisis proporcional del porcentaje de pacientes con hipo e hipercapnia posterior al taponamiento.

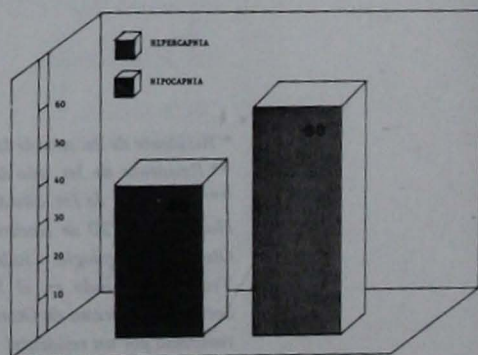


Figura 3
Análisis proporcional del porcentaje de pacientes con aumento y disminución de la pO₂ posterior al taponamiento.

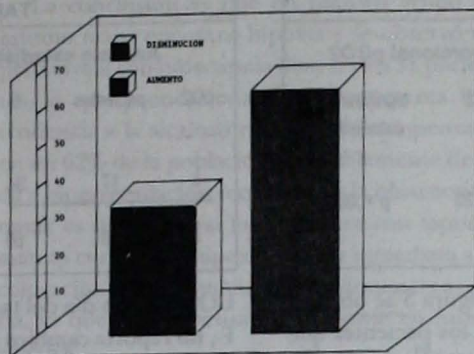
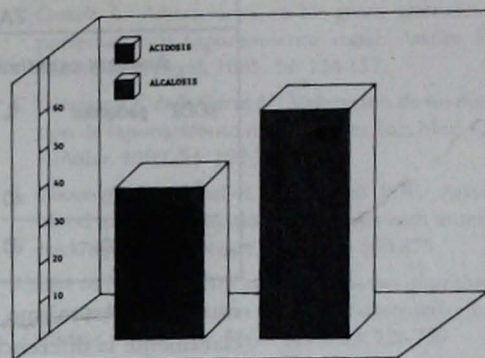


Figura 4
Análisis proporcional del porcentaje de pacientes con alcalosis y acidosis posterior al taponamiento.



epistaxis, y nuevamente 12-24 hs después en el postoperatorio, explicando a los pacientes la inocuidad y objetivos del procedimiento. Todas las muestras fueron procesadas en un gasómetro modelo A1201 TEC/CORP, inmediatamente después de su obtención, determinando pH, pO₂, PCO₂, Hb y Cl. Los parámetros de normalidad de acuerdo a la altura de la ciudad de México para la pO₂ y pCO₂ fueron de 62.8 mmHg y 35.20 mmHg en promedio respectivamente.¹¹

Los datos fueron analizados mediante la prueba "T" para muestras correlacionadas y Chi cuadrada de acuerdo al diseño experimental de una

sola población, en la que el mismo individuo sirve como su propio control.

Resultados

La Tabla I muestra un aumento estadísticamente significativo de la pO₂ con p<.03 en comparación con los otros parámetros que no tienen significancia estadística, sin embargo en la Figura 1, se puede observar una disminución discreta de la pCO₂, con tendencia mínima al aumento de la hemoglobina, cloro y pH. En la Figura 2 se observa que 30 pacientes del total de la población presentaron hipocapnia, aunque de acuerdo a la tabla II, esta proporción no alcance significancia

TABLA I					
Análisis estadístico de la variación individual					
	promedio:	A (antes)	B (después)		significancia estadística
	X+1s	X + d.t.	T	g.l.	
pH	A 7.41 + .06	.01 + .008	1.4765	29	p = .14
	B 7.42 + .04				
pO ₂	A 76.41 + 13.39	6.31 + 2.64	2.3854	29	p = .03
	D 82.73 + 12.71				
pCO ₂	A 32.05 + 5.0	.594 + .901	.6587	29	p = .5
	D 31.45 + 6.4				
Hb	A 14.26 + 1.71	.122 + .521	.2341	29	p = .8
	D 14.38 + 3.92				
Cl	A 106.5 + 3.72	.2 + 1.40	.1424	29	p = .8
	D 106.7 + 4.52				

TABLA II

Análisis estadístico proporcional pCO ₂				
pCO ₂	pacientes	%	X ²	significancia estadística
↑	20	40	1.620	p > .05
↓	30	60		

estadística. Así mismo, en la Figura 3 se observa claramente la diferencia entre los pacientes que presentaron aumento de la pO₂³³ y disminución,¹⁷ que como se demuestra en la Tabla III tampoco tiene valor estadístico. Finalmente tomando en cuenta las variables estudiadas, se dividió a la población en estudio en 2 grupos: Pacientes que presentaron acidosis,¹⁹ cuando individualmente existió disminución del pH y Cloro con aumento de la pCO₂, por mínimos que fueran los cambios, y en pacientes con alcalosis³¹ cuando presentaron aumento de pH y Cloro, con disminución de la pCO₂ (Figura 4) sin encontrar alguna diferencia proporcional significativa con p < .05 de acuerdo al análisis de la Tabla IV.

Discusión

El único parámetro que se alteró significativamente fue la pO₂ con una p < .05 analizada por diferencia de promedios, encontrando un incremento, a diferencia de otros autores como Slocum, C., Flic, M., Lin, Y. y Cassisi quienes refieren hipoxia con normocapnia, sugiriendo este último autor la administración de O₂ por mascarilla en pacientes con taponamiento nasal anterior por epistaxis, excepto con pCO₂ elevada. La pCO₂ disminuyó, aunque no alcanzó valor estadístico, contrariamente a lo que señala Cook, T., Cavo, J., Larsen, K Rashad, M., quienes también mencionan hipoxia pero con hipercapnia. Por otra parte Camelo, S., no reporta cambios significativos en la oxemia pero menciona retención de

TABLA III

Análisis estadístico proporcional pO ₂				
pO ₂	pacientes	%	X ²	significancia estadística
↓	17	34	4.5	p > .05
↑	33	66		

CO₂ al sexto día del taponamiento, y Velázquez, F., no reporta cambios significativos. En cuanto a la Hb, Rashad, A., refiere además de hipoxia e hipercapnia, un incremento de la Hb significativo por reacciones compensatorias hemodinámicas activadas por la hemorragia, siendo similar al incremento observado en nuestro estudio aunque sin valor estadístico. Los cambios en el pH sólo se llevan a cabo en condiciones en las que los mecanismos compensatorios inmediatos como el tampón bicarbonato no actúan adecuadamente y en pacientes graves que sistemáticamente tienen otros factores coadyuvantes del desequilibrio ácido-base, por lo que al igual que en nuestro estudio, ningún autor reporta alteraciones en este parámetro, aunque se observó una tendencia a su incremento. El cloro tuvo un aumento no significativo de .20 y esto no podría justificar la hipótesis de que estuviera siendo retenido para mantener la electroneutralidad.

El pH que permaneció prácticamente normal y la disminución discreta de la pCO₂ con oxemias normales, sugieren finalmente que al menos existe hipocapnia no significativa puede deberse a hiperventilación secundaria y compensatoria a la obstrucción nasal, disminuyendo entonces la disponibilidad de H⁺ para su eliminación a la luz de los túbulos renales. Esto llevaría a una reducción correspondiente de la resorción de HCO₃ y Na, y secundariamente de K⁺. Por lo tanto el efecto global sería un aumento en la excreción de Na+K⁺ y HCO₃ en la orina, con una mayor resorción de cloro, que en nuestro estudio prácticamente no se modificó.

El no haber encontrado alteraciones significativas en las variables, no debe hacernos restar importancia a su posible repercusión sistémica en pacientes de edad avanzada o con antecedente de enfermedad cardiovascular o pulmonar principalmente, por lo que debemos tomar en cuenta la recomendación de la mascarilla con O₂ a 40% de Cassisi, previa valoración de la pCO₂.

TABLA IV

Análisis estadístico proporcional de alcalosis vs acidosis				
	pacientes	%	X ²	significancia estadística
acidosis	19	38	2.42	p > .05
alcalosis	31	62		

La conclusión es que en nuestro grupo de estudio no se encontró hipoxia y se observó un pH normal con hipocapnia discreta en 31 pacientes, lo que proporcionalmente representa una tendencia a la alcalosis respiratoria compensada en un 62% de la población, probablemente debida a hiperventilación secundaria a la obstrucción nasal; es decir, que si los pacientes con taponamiento cursan con hipoxia, esta es inmediata a la colocación del taponamiento y en forma transitoria, ya que se compensa rápidamente en forma efectiva.

Referencias Bibliográficas

1. Cassisi N. J., Biller H.F.; Ogura, J.H.: Changes in arterial oxygen tension and pulmonary mechanics with the use of posterior packing in epistaxis: A preliminary report. *The Laryngoscope*, 1971. 81: 1261-1266.
2. Taasan V.; Wynne J.W.; Cassisi N.; Block A.J.: The effect of nasal packing on sleep disordered breathing and nocturnal oxygen desaturation. *The Laryngoscope*, 1981. 91: 1163-1172.
3. Larsen K. Juul A.: Arterial blood gases and penumatic nasal packing in epistaxis. *The Laryngoscope* 1982. 92: 586-588.
4. Abdel M.R.; Zaki K.; Hady A.: The efecto of nasal packing on arterial blood gasses and acid-base balance and its clinical importance. *J. Laryng. Otol.* 1983, 97: 599-604.
5. Camelo A.: Alteraciones en los gases arteriales en pacientes con taponamiento nasal. *Anales Soc. Mex. Otolaryngol.* 1985. 30: 134-137.
6. Velázquez J.F. de la Garza H.: Valoración de un nuevo tipo de taponamiento nasal. *Anales Soc. Mex. Otorrinolar.* 1989. 34: 102-106.
7. Slocum C.W.; Maisel R.H.; Cantrell R.W.: Arterial blood gas determination in patients with anterior packing. *Laryngoscope*, 1976. 25: 869-873.
8. Flick M.R.; Block J.A.: Continuous in-vivo monitoring of arterial oxygenation in chronic obstructive lung disease. *Ann. Inter. Med.* 1977. 89: 725-730.
9. Lin Y.T.; Orkin L.R.: Arterial hypoxemia in patients with anterior and posterior nasal packings. *Laryngoscope*, 1979. 89: 140-144.
10. Cook T. A.; Komorn R. M.: Statistical analysis of the alterations of blood gasses produced by nasal packing. *Laryngoscope*, 1973. 83: 1802-1809.
11. Cavo J. W.; Kawamoto S. Berlin B.P. et al: Arterial blood changes following nasal packing in dogs. *Laryngoscope*, 1975. 85: 2055-2068.
12. Petruzzelli G. J.; Jhonson J. T.: How to stop a nose-bleed. *Postg. Med.* 1989. 86: 44-56.
13. Montgomery R.; Dryer, R. L.; Conway T. W.; Spector, A.A.: Control ácido-base, líquido y electrolítico. En: *Bioquímica Médica.* (Salvat, eds.) Salvat, Barcelona, 1980, pp. 173-205.
14. Gomella, L. G. Braen G.R. Olding, M.: Blood Gasses and Acid-Base Disorders. En: *Clinician's Pocket Reference.* (Gomella, L.G., eds) Appleton Century-Crafts, Norwalk, Connecticut, 1986, pp. 167-177.

Congreso Panamericano

Del 4 al 8 de noviembre de 1992
Orlando, Florida

Informes:

We Plan Meetings Inc.
1503 15th Street NE
Rochester, MN 55906
USA.

Pólipo esfenocoanal: reporte de un caso, hallazgos radiológicos y revisión de la literatura

Dr. Jorge Arturo Zavala Habib *

Dr. Carlos Muñoz **

Dr. Miguel Angel Arroyo C. ***

Dr. Francisco Martínez Gallardo ****

Resumen. - Un pólipo esfenocoanal, es una masa solitaria que se origina a partir del seno esfenoidal, se extiende a través del ostium del esfenoides, cruza el receso esfenoidomaxilar e invade la coana (el límite entre la cavidad nasal y la nasofaringe), es una entidad sumamente rara, que presenta características particulares a la tomografía computada y que se diferencia totalmente del pólipo coanal o pólipo antrocoanal, el cual se extiende a partir del antro maxilar, protruye a través del meato medio invadiendo la cavidad nasal y que por contigüidad baja a la coana. Estudios radiológicos tales como la TAC y la RMN pueden establecer claramente el diagnóstico diferencial entre estas dos entidades. El punto clave para el diagnóstico consiste en identificar el seno de origen, del cual además dependerá el abordaje quirúrgico.

Summary. - A sphenocoanal polyp is a solitary mass that arises from the sphenoid sinus and extends through the sphenoid ostium, across the sphenoid recess, and into the choana (the boundary between the nasal cavity and nasopharynx). More often, however, a choanal polyp is an antrochoanal polyp, which arises from the maxillary antrum, protrudes through the middle meatus, extends into the nasal cavity, and continues back to the choana. Contiguous axial or coronal CT images help clearly differentiate the rare sphenocoanal polyp from the more common antrochoanal polyp. The sinus of origin is important to identify, as the surgical approach depends on the target sinus.

Palabras clave: Pólipo antrocoanal, pólipo esfenocoanal, esfenoides.

Introducción

El pólipo esfenocoanal se origina a partir de una mucosa hiperplásica y edematosa que rodea las paredes del seno esfenoidal y que, a través del ostium de drenaje del seno, se extiende hasta la coana, pasando por el receso esfenoidomaxilar, pudiendo en algunas ocasiones invadir la nasofaringe. Es una entidad poco común, debido al seno que la origina y que debe distinguirse del pólipo antrocoanal como tal, que generalmente se refiere a aquel que tiene su origen a partir del

* Residente segundo año ORL. Hospital Español.

** Radiólogo C.R.E.S.A.

*** Jefe del Servicio ORL INNSZ.

**** Jefe del Curso ORL. Hospital Español.

antro maxilar y que se extiende hacia abajo a través de la fosa nasal hasta la coana. El origen de estos pólipos debe ser documentado debido a que ello normará el abordaje quirúrgico dependiendo del seno afectado.

Conviene, por lo tanto, conocer la anatomía de la región, la cual describiremos brevemente.

El seno esfenoidal puede ser identificado en fetos a los cuatro meses, al nacimiento aparece más como una evaginación del receso esfenoidal, que como una pequeña cavidad. Después del primer año, la invasión del hueso esfenoidal es más rápida y para los siete años el seno se ha extendido posteriormente al nivel de la silla turca. Luego se aérea hasta el dorso de la silla y posteriormente puede ampliarse hasta el basiesfenoides, lo que generalmente ocurre en la edad adulta.

En la edad adulta, el seno presenta una altura promedio de 20 mm por 23 mm de largo y 17 mm de ancho, frecuentemente es asimétrico debido a dos cavidades divididas por un septum no necesariamente en la línea media. Un aspecto interesante en el adulto lo constituye el grado de neumatización del seno esfenoidal, cuando la erosión ósea es máxima, las estructuras adyacentes al seno tienden a esculpir las paredes interiores

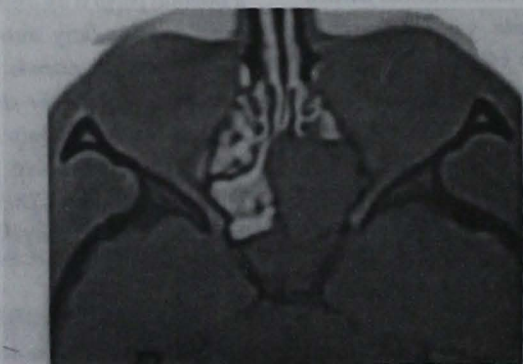
del mismo. Estructuras tales como el nervio óptico, la arteria carótida interna, el nervio del canal pterigoideo (vidiano), el nervio maxilar y el ganglio esfenopalatino, están en relación íntima con las paredes del seno, estas relaciones deben tenerse en cuenta debido al riesgo potencial al usar instrumentos quirúrgicos ya que las paredes óseas pueden estar excepcionalmente delgadas o ausentes.

El seno esfenoidal se abre dentro del receso esfenoidal, generalmente por arriba del cornete superior, en promedio el ostium mide 2 x 3 mm y se encuentra a 10 mm por encima del piso del seno.

El aporte sanguíneo del seno es mixto, es decir, recibe sangre de ramas de ambas arterias carótidas. De la región de la órbita la rama etmoidal posterior de la arteria oftálmica puede aportar vasos para el techo del seno y después penetrar las celdillas etmoidales posteriores, el piso del seno recibe sangre de las ramas esfenopalatinas de la arteria maxilar. El drenaje venoso del seno sigue el patrón de la nasofaringe y cavidad nasal, drenan en la vena maxilar y el plexo venoso pterigoideo.

La inervación para la mucosa del seno, está a cargo de la primera y segunda divisiones del trigémino. El nervio etmoidal superior de la rama nasociliar de la división maxilar inerva el piso del seno.

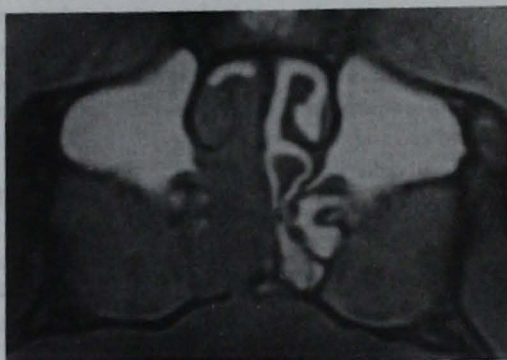
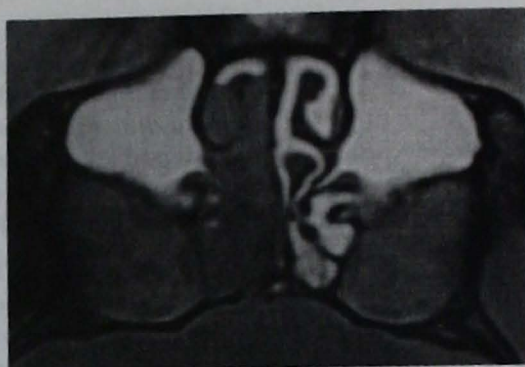
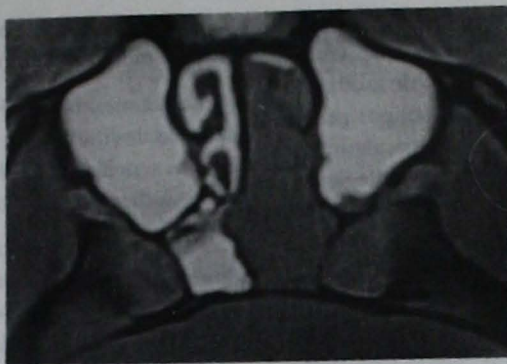
*Figuras 1a, 1b y 1c
Tomografía computada de
senos paranasales en cortes
axiales en los cuales se aprecia
en forma secuencial la
extensión del pólipo a partir
del seno esfenoidal hasta la
coana.*



Reporte del Caso

Se trata de una paciente femenina de 62 años, cuyo único antecedente de importancia es la realización de una rinoplastía cuatro años antes, la cual acude a la consulta por un padecimiento de seis meses de evolución caracterizado por obstrucción nasal de predominio izquierdo, rinitis alérgica, sensación de oídos tapados

Figuras 2a, 2b y 2c
Mismo estudio ahora en cortes
coronales para delimitar
claramente la lesión.



y cefalea de moderada intensidad, la cual se incrementó importantemente en el último mes, siendo de carácter expansivo negando otra sintomatología. A la exploración física se aprecia retracción de membrana timpánica izquierda. La rinoscopia anterior mostró ambas fosas nasales permeables con edema mínimo de cornetes.

En la rinoscopia posterior se apreció una masa de color blanquecino en coana izquierda. Orofaringe con discreta descarga posterior, resto negativo. Se prescribe tratamiento médico a base de antihistamínicos y vasoconstrictores sistémicos y se solicita tomografía computada de senos paranasales simple y contrastada en cortes axiales y coronales, la cual mostró la fosa nasal izquierda

ocupada en su tercio posterior, por una lesión que se extiende al etmoides, ocupando las celdillas medias y posteriores ipsilaterales con erosión de sus trabeculaciones y que hacia arriba y hacia atrás, provoca franca erosión de la pared anteroinferior del seno esfenoidal, el cual se encontraba ocupado en forma completa en la cavidad izquierda, sin invasión a la órbita o cavidad endocraneana.

A la administración del contraste intravenoso, no se apreció reforzamiento, los senos maxilares se reportaron limpios.

En base a lo anterior, se programó para cirugía, en donde, a través de una incisión sublabial ampliada vía transmaxiloetmoidal se realiza la escisión de la masa que ocupaba esfenoides, etmoides e invadía la coana, llevándose al cabo el acto quirúrgico sin complicaciones, enviándose la masa íntegra a patología.

El diagnóstico histopatológico final fue el de lesión inflamatoria crónica inespecífica polipoide de la mucosa respiratoria.

Discusión

Los pólipos son masas localizadas en los senos paranasales que están compuestos de tejido conectivo submucoso.⁴ Debido a su hipocelularidad se caracterizan por captar poco el medio de contraste en los estudios de imagen, con características histológicas de benignidad y en donde podemos encontrar algunas glándulas mucosas y más ocasionalmente eosinófilos y linfocitos.

Por otro lado, un pólipo coanal es una masa solitaria hipocaptante, el tipo más común y más frecuentemente documentado, lo constituye el pólipo antrocoanal, término usado para referirse exclusivamente a aquel pólipo que se origina a

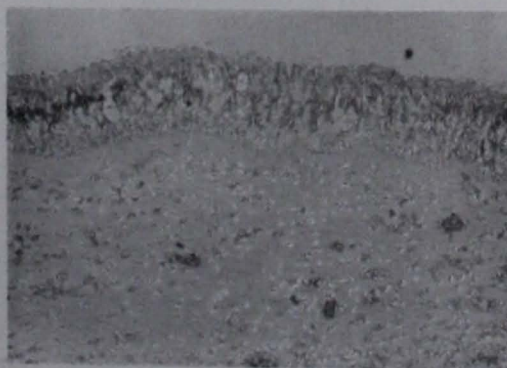


Figura 3
Fotografía microscópica de
la lesión, en la cual se aprecian
las características típicas
de una lesión polipoidea.

partir del antro maxilar y de que manera secundaria invade la coana pasando necesariamente por la fosa nasal, teniendo como sitio de salida el meato medio. Algunas veces estos pólipos pueden extenderse dentro de la nasofaringe, algunos excesivamente grandes, pueden incluso llegar a ser vistos en la orofaringe.^{3, 4}

Mucho más raros son los pólipos esfenocoanales y etmoidocoanales, los cuales han sido descritos en la literatura americana,² sin tener referencia de reporte alguno en nuestro país. El primer reporte de un pólipo esfenocoanal se le atribuye a Zuckerkandl.⁵

El pólipo esfenoidal se desarrolla a partir del seno esfenoidal. Una vez que ocupa la totalidad de este seno, protruye a través del ostium de drenaje pudiendo en este momento estrangularse, o lo que es más raro, crecer e invadir por contigüidad el receso esenoetmoidal, el cual se localiza en el techo de la cavidad nasal por encima y a un lado del cornete superior.¹ Desde aquí el pólipo puede herniarse hasta la coana.

Si el seno esfenoidal es opaco y los senos maxilares se aprecian limpios a la tomografía, teniendo una masa que protruye hacia la coana, el pólipo probablemente sea esfenocoanal. Si además encontramos los antros maxilares opacos, lo cual no es raro, el pólipo entonces puede ser esfenocoanal o antrocoanal. En este caso, la continuidad entre el pólipo y el seno de origen es especialmente importante para documentarlo como sucedió en nuestro caso.

En el caso de los pólipos antrocoanales, éstos pueden ser seguidos a través del meato medio, luego pasan entre el cornete medio y la pared lateral nasal, a diferencia del pólipo esfenocoa-

nal, en donde el espacio entre el septum nasal y el meato medio está libre.

El tratamiento definitivo de los pólipos esfenocoanales implica un abordaje amplio, ya que vías más sencillas como la transnasal se asocian a un alto índice de recidivas.³

Estudios de imagen tales como la tomografía computada simple y contrastada y la resonancia magnética nuclear son de gran ayuda para establecer la contigüidad de la masa entre el pólipo coanal y el seno esfenoidal opaco,¹ lo que posteriormente será corroborado durante el acto quirúrgico, aquí cabe amplíamente todas las estructuras, ya que abordajes más conservadores se han asociado a alto índice de recurrencia debido a resección incompleta de la masa.

Referencias Bibliográficas

1. Weissman J.; Tabor E.; Curtin II.; Sphenocoanal Polyps: Evaluation with CT and MR Imaging. *Radiology* 1991; 178:145-149.
2. Hayes E.; Lavelle W.; Sphenocoanal polyp: CT findings. *J Comput Assist Tomogr.* 1989; 13:365-366.
3. Tobin H.A.: Surgery of the maxilla and mandible. In: Paparella MM Shumrick DA, eds. *Otolaryngology*. Philadelphia: Saunders, 1980: 2716-2757.
4. Barnes L.; Verbin R.S.; Gnepp D.R.: Diseases of the nose, paranasal sinuses, and nasopharynx. In: Barnes L, ed *Surgical pathology of the head and neck*. New York: Dekker, 1985:403-451.
5. Prusad U.; Sagar P.; Shahul Hameed O.: Choanal polyp. *J Laryngol Otol* 1970; 84:951-954.
6. Wigand M.E.: Endoscopic surgery of the paranasal sinuses and anterior skull base. New York: Thieme. 1990.
7. Rice D.H.; Schaefer S.D.: Endoscopic paranasal sinus surgery. New York: Raven, 1988.

Tumores malignos de amígdala

Dr. Mario Barrón Soto *

Dra. Luz Arcelia Campos Navarro *

Dr. David Omar Arriaga Zavala ***

Resumen.- Se estudiaron 19 casos de neoplasias malignas de amígdala palatina, en el Hospital General Centro Médico La Raza, en el periodo comprendido del 1ero. de enero de 1987 al 1ero. de enero de 1991. De estos 19 casos 16 se diagnosticaron como linfoma no Hodgkin y 3 como carcinoma epidermoide. El diagnóstico inicial de estos pacientes fue amigdalitis crónica.

Los pacientes se trataron con escisión biopsia seguida de quimioterapia para los linfomas y radioterapia para los carcinomas epidermoides.

Se encontró que en contraste con lo reportado en la literatura hubo predominio notable de los linfomas no Hodgkin, sobre los carcinomas epidermoides.

Summary.- Nineteen cases of malignant disease of the palatine tonsillar region were reviewed. These patients were treated at the General Hospital La Raza Medical Center between 1987 to 1991, of the nineteen cases, sixteen had a diagnosis of Non Hodgkin lymphoma and three had diagnosis of squamous cell carcinoma.

* Médico adscrito al servicio de ORL Centro Médico La Raza

** Residente de 2do. año Centro Médico La Raza.

The initial diagnosis of all of them was recurrent tonsillitis.

Excisional biopsies were practiced to all the patients followed by chemotherapy for lymphomas and radiotherapy for the squamous cell carcinoma. The frequency of sex and the background were considered.

It was found that lymphomas non Hodgkin are predominant under squamous cell carcinoma.

Palabras clave: Tumores malignos de amígdala, epidemiología.

Introducción

En la literatura se menciona que el carcinoma epidermoide de amígdala es la neoplasia más frecuente de este órgano sin embargo, en el material estudiado por nosotros, aparentemente el tumor más común de amígdala es el linfoma.

El propósito de este trabajo es determinar la frecuencia del linfoma y el carcinoma epidermoide de amígdala en nuestro hospital y comparar los resultados del tratamiento con los descritos en la literatura.

Las neoplasias malignas de cabeza y cuello representan el 5% de todos los tumores en general, de éstos el 9% se localizan en amígdala,^{2,4}. La variedad histológica más comúnmente

informada en la literatura es el carcinoma epidermoide, que es un tumor de mal pronóstico en esta localización.^{2,3}

Carcinoma Epidermoide

El carcinoma epidermoide de amígdala es una enfermedad que predomina en hombre, en una proporción de 4 a 1, con un rango de edad que varía de los 20 a los 94 años con una frecuencia máxima entre los 50 y 80 años de edad en el 80% de los casos.¹

Entre los factores etiológicos más importantes están el tabaquismo y el alcoholismo; además se han señalado otros como la mala higiene bucal, desnutrición, inmunodeficiencia y radiaciones ionizantes. Por otro lado se ha sugerido que la saliva pudiera ser un agente etiológico, en vista de que aparentemente posee sustancias carcinogénicas.^{2,5}

El carcinoma epidermoide de amígdala se desarrolla más frecuentemente en el polo superior, se presenta inicialmente como la masa exofítica e indurada, que muestra ulceración central.⁶

Cuadro clínico: Los síntomas más comunes en orden de frecuencia son odinofagia en el 47%; masa en cuello 27%; otalgia 23%; sensación dolorosa o masa ulcerada en cuello 14.8% dolor en cuello 12.2%; un pequeño número de casos es asintomáticos 2.5%.^{1,6,7}

Las metástasis se localizan en primer lugar en pulmón, otros sitios son: hueso, hígado y cerebro; raramente se ha informado en esófago, vejiga, colon, pene, próstata y estómago.⁶

El diagnóstico definitivo se hace por medio de biopsia escisional.^{1,4,6}

El tratamiento es radioterapia a dosis de 4000 a 6000 rads, por un período de 4 semanas; sin embargo algunos autores refirieron cirugía seguida de radioterapia y quimioterapia con metrotexate, bleomicina y cisplatino.^{1,4,6}

La sobrevida a cinco años por estadios es: estadio I 75%; estadio II 60%; el III 35% y para el IV 21%.³

Linfoma no Hodgkin

Los linfomas no Hodgkin de las vías aerodigestivas altas constituyen el 5% de los tumores de cabeza y cuello. Es una enfermedad de personas de mediana edad o mayores. Se observa entre los

60 y 80 años de edad. La relación entre hombre-mujer es de 1.57% a 1.^{2,5,8,9}

El anillo de Waldeyer es el lugar más frecuente de esta neoplasia, seguido de nariz y senos paranasales. Entre los lugares especificados dentro del anillo de Waldeyer, el asiento primario es la amígdala palatina en el 77% de los casos, las adenoides en 24% y la amígdala lingual en el 13%.^{8,10}

Las teorías sobre su etiología están relacionadas con factores inmunológicos y virales. Los linfomas no Hodgkin de amígdala tienden a ser exofíticos; es una neoplasia blanda y lobulada, polipoide, a veces pediculada, en su mayor parte esta cubierta por mucosa intacta. Son unilaterales están localizados en el cuerpo de la amígdala o sus pilares; constituidos por masa de linfocitos de tamaño uniforme y a veces grandes células histiocitarias.^{2,5,8,9,11,12}

El cuadro inicial es similar al de una faringitis por lo que gran número de pacientes son manejados por meses con antibióticos.^{5,10}

La sintomatología más frecuente es sensación de cuerpo extraño en orofaringe, disfagia, odinofagia progresiva, adinamia y pérdida de peso.^{5,10}

El diagnóstico se establece por biopsia de la lesión o de un ganglio.^{5,9}

El pronóstico guarda relación con la clasificación usándose preferentemente los esquemas de Rappaport, el de la Working Formulation y el de Luke Collins.^{5,12}

Los resultados de tratamiento han mejorado considerablemente desde que aparecieron técnicas modernas de radioterapia y durante los últimos 15 años la quimioterapia ha desempeñado un papel importante en el manejo de estos tumores.^{13,14}

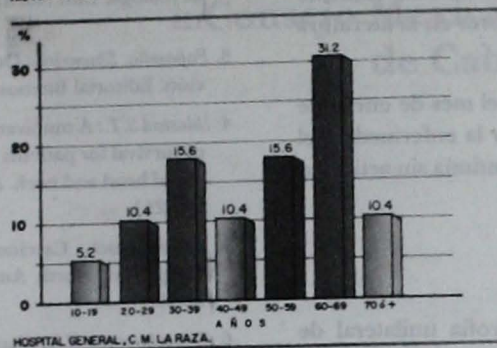
Material y Método

Para la elaboración de este trabajo, se revisaron pacientes atendidos en el Hospital General Centro Médico La Raza con lesiones malignas de amígdala, observados durante el período comprendido del 1o. de enero de 1987 al 1o. de enero de 1991.

Resultados

Durante este periodo se atendieron a 19 pacientes con lesiones malignas de amígdala palati-

HISTOGRAMA DE FRECUENCIA DE LA EDAD DE LOS PACIENTES



na los cuales correspondieron a 10 hombres y a 9 mujeres con una relación 1 a 0.9.

En nuestro trabajo la población presentó un promedio de edad de 50 años más o menos 18.3, la mayoría de los pacientes de la muestra fueron de los 60 a los 69 años (Gráfica 1).

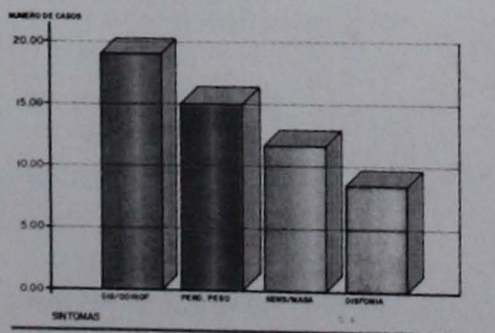
Entre los antecedentes se encontraron 6 pacientes con tabaquismo 31.5%; 4 tenían antecedentes de alcoholismo 21% 3 con procesos infecciosos de repetición; 2 recibieron radiación previa y 1 estuvo expuesto a solventes (Gráfica 2).

El total de nuestros pacientes tuvieron como síntoma principal la odinofagia y disfagia; 15 presentaron pérdida de peso; en 12 se encontró sensación de cuerpo extraño y disfonía en 8, todos estos datos acordes con lo reportado por otros autores. (Gráfica 3).

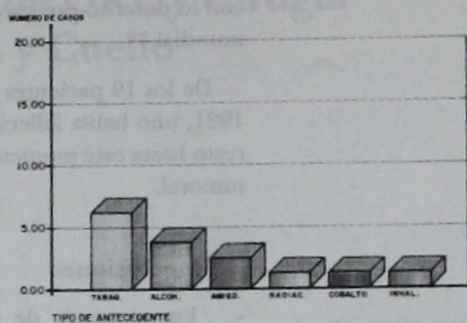
En presencia de una lesión sospechosa de amígdala se practicó en todos los pacientes escisión biopsia de la lesión y amigdalectomía contralateral; dependiendo del resultado histológico se administró radioterapia para el carcinoma epidermoide y quimioterapia a los linfomas.

Los resultados postoperatorios fueron 80% linfoma no Hodgkin y 20% carcinoma epidermoide

SINTOMAS MAS FRECUENTES EN ESTOS PACIENTES



ANTECEDENTES DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA



de en contraste con la literatura mundial que habla de 90 a 80% de Carcinoma epidermoide con respecto a un 8% de linfoma no Hodgkin (Gráfica 4).

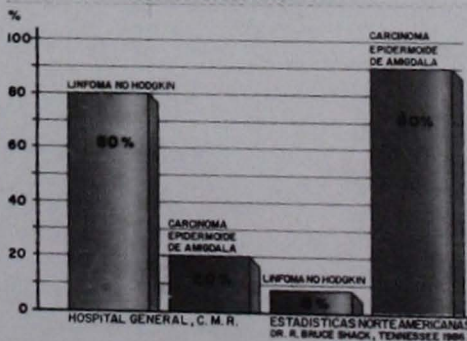
Discusión

Para el diagnóstico oportuno de estas neoplasias el médico tratante debe pensar en la posibilidad de una lesión maligna. Es interesante que en todos los casos el diagnóstico clínico inicial fue de amigdalitis y recibieron antibiótico en una o varias ocasiones antes de establecer el diagnóstico preciso.

Lo más relevante de esta revisión es el predominio de los linfomas en los tumores de amígdala; en general todos los autores mencionan que la lesión maligna más frecuente de la amígdala es el carcinoma epidermoide, mientras que en el presente estudio se demuestra una preponderancia importante del linfoma no Hodgkin de amígdala (80%) sobre el carcinoma epidermoide (20%).

En cuanto a sexo, si revisamos la literatura se encuentra que lo reportado por otros autores es de 1 a 1.5 más común en hombres, no mostrando significancia estadística dado que nuestra relación es semejante.

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO DE LOS PACIENTES



Nuestra conducta en el tratamiento coincide con lo descrito por otros autores en la literatura mundial.

De los 19 pacientes hasta el mes de enero de 1991, uno había fallecido por la enfermedad, el resto hasta este momento, continúa sin actividad tumoral.

Conclusiones

- En presencia de hipertrofia unilateral de amígdala debe sospecharse lesión maligna en el adulto.
- Los tumores malignos de amígdala ocurren con una frecuencia semejante en hombres y mujeres.
- El éxito del tratamiento radica en un diagnóstico oportuno.
- Consideramos importante los antecedentes de irritación crónica a la mucosa causada por tabaquismo y alcoholismo.
- En nuestro hospital el linfoma no Hodgkin es más frecuente que el carcinoma epidermoide. No tenemos explicación para este hallazgo.

Referencias Bibliográficas

1. *Farhat, N.*: Carcinoma of the tonsil; Journal of laryngol and otology. 1984; 65: 161-166.
2. *Shumrick, D.A.*: Malignant Disease of the tonsillar region retromalar trigone and buccal mucosa. Otolaryngologic Clin North Am (12) 1979; Feb; 1: 115-123.
3. *Papavella, Shumrick.*: Otorrinolaringología 2da. Edición. Editorial Buenos Aires. Panamericana 1987.
4. *Ildstad S.T.*: A multivariati analysis of determinants of survival for patients with squamous cell carcinoma of head and neck. Agn Surg 1989; Feb (2); 209: 237-241.
5. *Brence Shack.*: Carcinoma de lengua y amígdala, Surg. Clin. North Am (VAM) 1986; Feb 66 (1): 83-96.
6. *Desnahapatra K.S.*: Cancer of the tonsil. improved survival with combination therapy. Cancer (CLZ) 1986; Feb; 1 57 (3): 451-455.
7. *Lee K.J.*: Otolaryngology and head and neck surgery New York. Elsevier. 1989.
8. *Cableigh A.M.*: Linfomas no Hodgkin de las vías aerodigestivas superiores. Clínicas otorrinolaringológicas de Norteamérica. Barcelona, España, Interamericana 1986: 721-746.
9. *Christopher S.*: Non Hodgkin Lymphoma of the head and Neck. The University Iowa experience. Laryngoscope 1987; 97: 291-300.
10. *Shi-Fu Y., Perzini K.H.*: Nonepithelial tumors of the nasal cavity paranasal sinus and nasopharynx. Am clinicopathologic study. Cancer 1979; 43 611-621.
11. *McNelis F.*: Malignant Lymphoma of head and neck. Laryngoscope 1969; 79: 1076-1087.
12. *Stanley L.R.*: Patología Básica. 2da edición México Salvat. 1979; 270-277.
13. *Raoaint S.*: Introducción a la Hematología. 3ra edición Salvat 1979: 270-277.
14. *Harvey M.G.*: Non Hodgkin Lymphoma and hairy cell leukemia. Currente teraphy hematology. Philadelphia 1984; 115-118.

Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

Junta de Gobierno

Consejero Presidente
Dr. Pelayo Vilar Puig

Consejero Secretario
Dr. José Angel Gutiérrez Marcos

Consejero Tesorero
Dr. Raúl Ortiz Lara

Consejeros
Dr. Carlo Pane Pianese

Dr. Oscar Solis D'acosta

Dr. Marco F. Ayora Romero

Dr. Guillermo Hernández Valencia

Dr. Luis Aramburo Tirado

Dr. Mario Hernández Palestina

Hospitales Visitados

Hospitales con reconocimiento previo del Consejo

- 1.- Hospital General. Centro Médico La Raza IMSS. México, D.F.
- 2.- Hospital General de México SS. México, D.F.
- 3.- Hospital General. Centro Médico Siglo XXI IMSS. México, D.F.
- 4.- Hospital 20 de Noviembre ISSSTE. México, D.F.
- 5.- Hospital Central de Concentración Nacional Pemex (Picacho) México, D.F.
- 6.- Hospital Central Militar. México, D. F.
- 7.- Centro Médico Naval. México, D. F.
- 8.- Hospital Español de México, D.F.
- 9.- Hospital Adolfo López Mateos. ISSSTE. México, D.F.
- 10.- Hospital Manuel Gea González SS. México, D. F.
- 11.- Hospital 1o. de Octubre ISSSTE. México, D. F.
- 12.- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México, D.F.
- 13.- Instituto Nacional de Pediatría. México, D. F.
- 14.- Hospital Civil. Guadalajara, Jal.
- 15.- Centro Médico de Occidente. IMSS. Guadalajara, Jal.
- 16.- Hospital Angel Leño. Guadalajara, Jal.
- 17.- Hospital Valentín Gómez Farías. ISSSTE. Guadalajara, Jal.
- 18.- Hospital Universitario. Monterrey, N.L.
- 19.- Hospital de Especialidades IMSS. Monterrey, N. L.
- 20.- Hospital General SS. Hermosillo, Son.
- 21.- Centro Médico. IMSS. Puebla, Pue.

Hospitales que recientemente solicitaron el aval del Consejo

- 1.- Centro Médico. IMSS. Torreón, Coah.

2.- Sanatorio Durango, México, D. F.

3.- Hospital ISSMEYN. Naucalpan, Estado de México.

Metodología de la Visita a las Sedes Hospitalarias.

En un período de 5 meses comprendido entre septiembre de 1991 a enero de 1992, se visitaron 24 sedes, 21 avaladas recientemente por el Consejo y 3 de nueva creación, que recientemente solicitaron el aval.

Previo a la visita se envió una carta al profesor y jefe del servicio, solicitándole su anuencia y la fecha para la entrevista. En la misma carta se le explicaban los motivos de la visita y la mecánica de la misma. Se le adjuntó una hoja de vaciado de datos, que durante la entrevista se revisó conjuntamente con el profesor y los miembros de la Junta de Gobierno presentes.

La visita la hicieron por lo menos dos miembros de la Junta y mientras se revisaba la hoja con el profesor del curso se repartió una hoja de encuesta para los residentes. Una vez terminada la junta con el profesor del curso se entrevistaron a 3 residentes seleccionados al azar (uno de primero, uno de segundo y uno de tercer año).

Con toda la información recabada se elaboró el presente informe, se llegaron a las conclusiones y recomendaciones generales y las particulares para cada sede, mismas que fueron puestas a consideración de la Junta de Gobierno del Consejo para su aprobación y posterior envío a los interesados así como a las autoridades universitarias, del sector salud y a la Academia Nacional de Medicina.

Resultados Instalaciones

Total de camas de los hospitales evaluados	10,339	(100%)
Total camas para Otorrinolaringología	304	(3%)
Total de quirófanos	256	(100%)

Total de quirófanos para Otorrinolaringología 37 (14.5%)

Consultorios de Otorrinolaringología 113

Equipo e Instrumental en consulta externa

Suficiente 22

Insuficiente 2

Equipo e Instrumental en quirófano

Suficiente 17

Insuficiente 7

Biblioheroteca

Con biblioheroteca general del hospital 23

Sin biblioheroteca general de hospital 1

Con biblioheroteca especializada OLR 15

Sin biblioheroteca especializada ORL 9

Servicios complementarios

Con servicio de Audiología 17

Sin servicio de Audiología 7

Con servicio de Otoneurología 13

Sin servicio de Otoneurología 11

Con servicio de Foniatría 5

Sin servicio de Foniatría 19

Otorrinolaringólogos certificados por el Consejo

Total de Otorrinolaringólogos integrantes de los 24 hospitales 140

Certificados por el Consejo 96 (68.6%)

No certificados 44 (31.4%)

Hospitales donde todos los adscritos estan certificados por el Consejo

1.- Centro Médico Nacional. Siglo XXI. IMSS. México, D. F.

2.- Centro Médico Naval. México, D.F.

3.- Hospital Español de México. México, D.F.

4.- Hospital Manuel Gea González SS. México, D.F.

5.- Hospital Central de Concentración Nacional (Picacho) Pemex. México, D. F.

6.- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

7.- Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.

8.- Hospital Angel de Leño. Guadalajara, Jal.

Actividad Asistencial

Total de consultas otorrinolaringológicas por año

Consultas de primera vez 68,039

Consultas subsecuentes 293,091

Total de cirugías otorrinolaringológicas por año

Cirugías 21,943

Actividades Docentes

Curso de pregrado

Con curso de ORL de pregrado 19

Sin curso de ORL de pregrado 5

Universidades de la que los cursos de ORL de pregrado son dependientes

Universidad Nacional Autónoma de México 6

Escuela Mexicana de Medicina La Salle 3

Universidad de Guadalajara 2

Instituto Politécnico Nacional 2

Universidad Autónoma de Puebla 1

Universidad Autónoma de Guadalajara 1

Universidad Autónoma de Nuevo León 1

Universidad de Monterrey 1

Universidad del Ejército y Fuerza Aérea 1

Universidad Anáhuac 1

Aval Universitario de posgrado a la residencia

Con aval	21
Sin aval	3

Universidades que avalan los cursos

Universidad Nacional Autónoma de México	12
Universidad de Guadalajara	3
Universidad Autónoma de Guadalajara	1
Universidad Autónoma de Coahuila	1
Universidad Autónoma de Nuevo León	1
Universidad del Ejército y Fuerza Aérea	1
Universidad La Salle	1
Universidad Autónoma del Edo. México	1

Requisitos previos a la residencia en ORL

Entrada directa	21
Un año previo de cirugía general	3

Hospitales que lo exigen

- 1.- Hospital Central de Concentración Nacional (Picacho) Pemex. México, D.F.
- 2.- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México, D.F.
- 3.- Hospital Angel Leño. Guadalajara, Jal.

Número total de residentes por año

Primer año	123	(30.2%)
Segundo año	116	(28.6%)
Tercer año	167	(41.2%)
Total	406	(100 %)
Total de residentes nacionales	370	(91.1%)
Total de residentes extranjeros	36	(8.9%)

Principales países de procedencia:

Colombia, Venezuela, Guatemala, Bolivia, Honduras y El Salvador

Hospitales que reciben residentes extranjeros

- 1.- Centro Médico La Raza. IMSS. México, D. F.
- 2.- Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D. F.
- 3.- Hospital Central Militar. México, D.F
- 4.- Hospital Adolfo López Mateos. ISSSTE. México, D.F.
- 5.- Hospital Manuel Gea González. SS. México. D.F.
- 6.- Hospital 1o. de Octubre ISSSTE. México, D. F.
- 7.- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México, D. F.
- 8.- Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.
- 9.- Hospital Angel Leño. Guadalajara, Jal.
- 10.- Hospital Universitario. Monterrey, N. L.
- 11.- Centro Médico. IMSS Puebla, Pue.

Horario de trabajo

Menos de 8 horas por día	4
De 8 a 10 horas por día	10
De 10 a 15 horas por día	7
No se tiene la información	3
Hospital de horario más corto (6 Hs) Hospital Español de México. México, D.F.	
Hospital de horario más prolongado (15 hs) Centro Médico de Occidente. IMSS. Guadalajara, Jal.	

Promedio de guardias por semana

Menos de una guardia por semana	1
Una guardia por semana	6
Dos guardias por semana	9
Tres guardias por semana	4
No se tiene información	4

Programas

Tiene programa por objetivos	20
No tiene programa por objetivos	2

No se tiene la información	2
Tiene programa operacional	17
No tiene programa operacional	5
No se tiene la información	2
Grado de cumplimiento del programa (apreciación del profesor del curso)	
60% 1 75% 13	80% 2
85% 1 90% 1	100% 7

Sesiones

Con sesiones bibliográficas	23
Sin sesiones bibliográficas	1
Con sesiones anatomoclínicas	15
Sin sesiones anatomoclínicas	9
Con sesiones de discusión de casos	23
Sin sesiones de discusión de casos	1
Con sesiones de discusión de protocolos de trabajos	12
Sin sesión de discusión de protocolos de trabajos	12
Otro tipo de sesiones	10

Otro tipo de sesiones.- Comprende sesiones interhospitalarias de varios servicios, sesiones de videos, radiológicas y preparación para el examen del consejo.

Cursos formales

Si tienen cursos formales de las materias del programa	16
No tienen cursos formales de las materias del programa	8

Cursos de disección en cadáver

Cuello

Sí tienen disecciones	8
No tienen disecciones	16

Hueso temporal

Sí tienen disecciones	16
No tienen disecciones	8

Macizo facial

Sí tienen disecciones	9
No tienen disecciones	15

Laboratorio de disección de hueso temporal

(Por lo menos una estación fija de trabajo)

Sí cuentan el equipamiento	16
No cuentan con el equipamiento	8

Rotaciones

Rotaciones extrainstitucionales

Los hospitales que tienen rotaciones extrahospitalarias la hacen a servicios oncológicos, de imagen, pediatría y hospitales donde existe 2o. nivel de atención ORL

Rotaciones intrainstitucionales

Servicios de audiología, foniatría, cirugía de cuello, cirugía plástica, cirugía pediátrica. Servicios de otoneurología, alergia, oncología, anatomía patológica, fisiopatología respiratoria, imagen y endoscopia

Los hospitales que tienen rotaciones extrainstitucionales más prolongados son:

Hospital 1o. de Octubre ISSSTE. México, D.F.	23 meses
Hospital Español de México. México, D.F	17 meses
Centro Médico Naval. México, D.F:	9 meses
Instituto Nacional de Pediatría	8 meses

No tienen rotaciones extrainstitucionales:

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México, D.F.
Hospital Civil. Guadalajara, Jal.
Centro Médico de Occidente. IMSS. Guadalajara, Jal.
Hospital Valentín Gómez Farías. ISSSTE. Guadalajara, Jal.
Hospital de Especialidades. IMSS. Monterrey, N. L.
Hospital General. SS. Hermosillo, Son.

Los restantes hospitales tienen rotaciones extrainstitucionales que van de 1 a 6 meses.

Tipos de examen

Exámenes parciales

Hacen exámenes parciales (periodicidad variable)	22
No hacen exámenes parciales	2

Examen final

Si hacen examen final	22
No hacen examen final	2

(En 10 cursos se considera el examen final al examen del consejo. Una vez aprobado, en algunas sedes se hace la defensa de la tesis)

Programas de investigación ORL básica

Unicamente el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México, D.F. tiene programada una rotación de 3 meses de los residentes, en laboratorios de investigación para desarrollo de protocolos.

RESULTADO DE LA ENCUESTA A LOS RESIDENTES

De los 406 residentes registrados en 1991, se obtuvo la encuesta de 210 residentes (51.7%) de los tres años, en los 24 hospitales visitados.

Resultados

¿Qué opinión tiene de su servicio?

Buena	186	(88.6%)
Mala	9	(4.3%)
Regular	15	(7.1%)

¿Conoce el programa por objetivos?

Si	191	(9%)
No	19	(9%)

¿Se cumple el programa de la residencia?

Si	183	(87.6%)
No	27	(12.4%)

¿Qué opinión tiene de las actividades académicas de su servicio?

Buena	177	(84.1%)
Mala	8	(4.0%)
Regular	16	(7.6%)
No hay actividad académica	5	(2.3%)

No contestó 4 (2.0%)

¿Considera que los médicos adscritos dedican suficiente tiempo al servicio y a la enseñanza?

Si	196	(93.3%)
No	14	(6.7%)

¿Conoce el Consejo Mexicano ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello?

Si	158	(75.2%)
No	52	(24.8%)

¿Que opinión tiene del Consejo Mexicano de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello?

Buena	136	(64.8%)
Regular	9	(4.2%)
No contestó	65	(31.0%)

HOSPITALES QUE CONTINUAN CON EL AVAL DEL CONSEJO POR UN PERIODO DE TRES AÑOS

- 1.- Hospital General. Centro Médico La Raza. IMSS. México, D.F.
- 2.- Hospital General de México. SS. México, D.F.
- 3.- Hospital General. Centro Médico Siglo XXI. IMSS. México, D.F.
- 4.- Hospital 20 de Noviembre. ISSSTE. México, D. F.
- 5.- Hospital Central de Concentración Nacional Sur. Pemex. México, D.F.
- 6.- Hospital Central Militar. México, D.F.
- 7.- Hospital Español de México. México, D.F.
- 8.- Hospital Adolfo López Mateos. ISSSTE. México, D.F.
- 9.- Hospital Manuel Gea González. SS. México, D.F.
- 10.- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México, D. F.
- 11.- Hospital Civil. Guadalajara, Jal.
- 12.- Centro Médico de Occidente. IMSS. Guadalajara, Jal.
- 13.- Hospital Angel Leño. Guadalajara, Jal.,
- 14.- Hospital Valentín Gómez Farías. ISSSTE. Guadalajara, Jal.
- 15.- Hospital Universitario. Monterrey, N. L.

16.- Hospital de Especialidades. IMSS.
Monterrey, N. L.

17.- Centro Médico. IMSS. Puebla, Pue.

**HOSPITALES CON RECONOCIMIENTO
PREVIO, QUE SE LES CONTINUA
OTORGANDO EL AVAL
CONDICIONADO A QUE EN UN
PERIODO DE 3 AÑOS, RESUELVAN
LAS CARENCIAS DETECTADAS
POR EL CONSEJO**

(Mientras se cumple este periodo recibirán
visita anual del Consejo)

1.- Hospital General. SS. Hermosillo, Son.

2.- Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.

3.- Hospital 1o. de Octubre. ISSSTE. México, D.F.

4.- Centro Médico Naval. SM. México, D.F.

**HOSPITALES CON RESIDENCIA DE
NUEVA CREACION QUE HAN SOLICITA-
DO EL AVAL DEL CONSEJO (Requieren
un periodo de prueba de 3 años y reciben
visita anual del Consejo)**

1.- Centro Médico. IMSS. Torreón, Coah.
(1a. visita)

2.- Sanatorio Durango. México, D.F.
(2a. visita)

3.- Hospital ISSEMYN. Naucalpan,
Edo. de México (1a. visita)

Nota.- Los residentes de las sedes que recientemente han solicitado el aval y los de las residencias que quedan condicionadas, son aceptados para el examen anual, mientras se otorga el fallo final.

**RECOMENDACIONES GENERALES
DEL CONSEJO**

Como resultado de estas visitas y las tendencias actuales de los programas de entrenamiento en Otorrinolaringología en otros países, el Consejo considera que sería deseable que se analicen los siguientes puntos:

1.- Es muy conveniente que se uniforme para todas las residencias de la especialidad, el requisito de un año previo de Cirugía General, antes de iniciar la residencia de otorrinolaringología, ya que se trata de una especialidad terminal y los médicos carecen

de experiencia suficiente, lo cual se ha visto en forma más acentuada desde que se eliminó la residencia rotatoria.

2.- Es recomendable que se conozcan y divulgen entre los médicos residentes, los programas por objetivos y los programas operacionales, y que en un buen número de casos los programas no son conocidos por los médicos en entrenamiento. A menudo se confunden los propósitos de cada uno de ellos y mucho menos se cumplen en porcentaje aceptable.

3.- Es indispensable que se implementen un mayor número de programas de disección en cadáver, para lograr un adecuado adiestramiento quirúrgico de los residentes, en vista que en varias sedes o no se llevan a cabo o lo hacen en forma insuficiente.

4.- Debe reforzarse la enseñanza tutelar tanto clínica como quirúrgica, ya que en algunas residencias se detectaron fallas importantes en este aspecto, por poca permanencia de los adscritos en sus hospitales.

5.- Conviene establecer programas para crear y aumentar los sistemas de bibliohemerotecas especializadas en otorrinolaringología, con sistemas computarizados para consulta. En la mayoría de las sedes, cuando se tienen, están muy limitadas tanto por su acervo como por su organización.

6.- Es fundamental que en cada servicio se haga una programación del número de residentes y las cargas de trabajo clínicas y quirúrgicas. En varias sedes se observó un importante desfasamiento, con exceso de residentes en relación al número y tipo de pacientes. Esto daña en forma importante las posibilidades de un entrenamiento clínico y quirúrgico adecuado.

7.- En relación al punto anterior, las sedes deben sopesar claramente sus posibilidades reales de ofrecer un entrenamiento que reúna los mínimos de cantidad y calidad. Se pudo observar en varias sedes, un exceso de rotaciones extrainstitucionales, lo que no siempre redundaba en beneficio de los residentes, sabiendo que en la mayoría de estas rotaciones, actúan únicamente como observadores, especialmente en lo que a cirugía se refiere.

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 de mayo de 1993. Desde ahora, el Presidente del Comité Organizador, Dr. Mario Barrón Soto, nos invita al que seguramente será un magnífico Congreso.

Este magno evento combinará una serie de actividades científicas de gran calidad con actividades sociales y culturales, todo con el sabor y la hospitalidad que ofrece el Puerto de Veracruz.

La sede del congreso será el Centro de Exposiciones y Congresos de Veracruz "Expover" que se encuentra ubicado en Boca del Río, municipio conurbado del Puerto; en este bello lugar se van a realizar las actividades científicas y sociales, a su alrededor se encuentran los principales hoteles, en los cuales contamos con un número limitado de plazas, para confirmar sus reservaciones.

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

INSTITUTO HOUSE

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

Las fechas de los cursos serán las siguientes: 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
5. inmunología en ORL.

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

CURSOS EN ESPAÑA

El XLVIII Curso de microcirugía del oído y disección del hueso temporal, se celebrará en Barcelona del 9 al 14 de noviembre de 1992.

También en Barcelona y durante el mes de noviembre (del 16 al 18), 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 Otolología García-Ibáñez
 C/. Dr. Roux, 91 bajos
 08017 Barcelona, España
 Tel. 205-0204

REUNION RINOLOGIA

Del 18 al 21 de noviembre, se celebrará en el Hotel Acapulco Princess la Cuarta Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Rinología y Cirugía Facial.

La reunión incluirá minicursos de dos días, con conceptos sobre juicio rinológico y estético facial y el tercer día habrá pánels y presentación de trabajos libres. Hemos incluido la posibilidad de exposición de videocintas de los profesores. Los profesores invitados son: Gaylon McCo-

llough (Miami), Stephen Perkins (Indianapolis), Robert Simons (Miami), además de los Profesores Nacionales.

Informes:
 Dr. Federico Reyes Gómez Llata
 Gobernador Tiburcio Montiel 89
 San Miguel, Chapultepec
 272-1905 y 272-2127

CURSO EN MONTERREY

La Sociedad de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, a través de su Presidente, el Dr. Luis A. Ortiz Armenta, nos informa del Curso que se celebrará del 26 al 28 de noviembre un Curso de Microcirugía y Cirugía Endoscópica de Nariz y Senos paranasales, simultáneamente con el Curso de Anatomía Quirúrgica de los Senos Paranasales, teniendo como profesores invitados a los Dres.: Leandro Flores Cordero, José Arrieta Gómez, Isaac Schubich y Carlos Yáñez.

Dicho curso se efectuará en el Hospital Universitario Dr. José E. González.

Informes:
 Tel. (83) 46-23-10 y (83) 48-57-81
 Fax: (83) 48-59-81

LIBRO

El Dr. Enrique Lugo Peña, acaba de publicar su libro Preparación de Originales para Publicar, editado por Trillas.

Es un libro magnífico, que ayudará a todos los médicos que quieran preparar textos científicos y educacionales de las ciencias médicas, resulta de amena lectura y al tener el formato de manual es de gran utilidad. Se expende en las principales librerías del país.

DIRECTORIO DE COLABORADORES

AMERICAN OVERSEAS TRADING	Audiometría
ASTRA	Bricanyl, Penglobe
BEECHAM	Augmentin
DPSTO. DENTAL INS.	Productos Médicos y Quirúrgicos
DEWIMED, S.A.	Instrumental para Microcirugía y Equipo Médico
FARMITALIA	Kelfiprim
GLAXO	Zinnat, Ceporex, Beconase, Virlix
GRUPO ROUSSEL	Rulid 300
HOECHST	Zyrtec
HUERTA MEDICA	Aparatos Auditivos y Material Quirúrgico
JANSSEN	Hismanal,
LEPETIT	Teldane - D
PFIZER	Infecciones respiratorias
PROMEKO	Lonol
ROCHE	Rocephin
SMITH KLINE	Eskafam
DR. PABLO WLADISLAVOSKY	Auxiliares Auditivos
CARL ZEISS	Microscópios y Endoscopios
STORZ	Endoscopia e Instrumentos

Zyrtec^{*}
CETIRIZINA



Porque la rinitis alérgica
es más que histamina



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

Hoechst



Más allá de los
antihistamínicos
modernos

Virlix
Cetirizina/Glaxo

Precisión antialérgica



**INFORMACION PARA PRESCRIBIR REDUCIDA
VIRLIX
TABLETAS**

FORMULA:

Cada tableta contiene:
Diclorhidrato de Cetirizina 10 mg.

INDICACIONES:

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

DOSIS Y ADMINISTRACION:

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

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

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

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a cualquiera de sus
componentes.

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

PRECAUCIONES:

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

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

EMBARAZO:

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

INTERACCIONES CON OTROS FARMACOS:

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

EFFECTOS SECUNDARIOS:

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

PRECAUCIONES FARMACEUTICAS:

Almacénese a menos de 30°C.

PRESENTACIONES:

Caja con 10 tabletas en envase de burbuja.

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

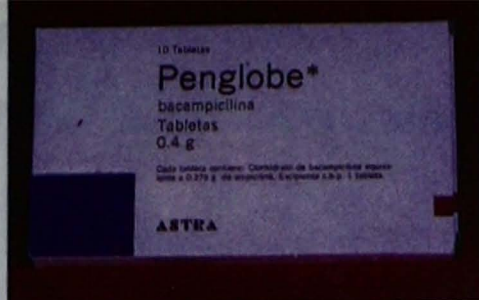
I. Méd. RGE-1534/J

Su venta requiere receta médica.

Literatura exclusiva para médicos.

Glaxo

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



Penglobe*

FORMULA: Cada TABLETA contiene:

Bacampicilina.....400mg.

DESCRIPCION: PENGLOBE es bacampicilina,
1-etoxicarboniloietil-6- (D-alfa-aminofenilaceta-
rido) penicilato: 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.

Req. Núm. 90370 S.S.A. IPP-R RGE-1404

Investigación original de

ASTRA

Eskafiam

Formulación:

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

Indicaciones clínicas:

Indicaciones terapéuticas: Procesos inflamatorios de las vías respiratorias altas (farinitis, faringoamigdalitis, faringoamigdalotomía, sinusitis, otitis), como coadyuvante. Dismenorrea, inflamación y dolor dental, traumatismos (Luxaciones, esguinces, torceduras, fracturas), artritis reumatoide, osteoartritis, bursitis. En intervenciones quirúrgicas y clínicas que cursen con inflamación y dolor.

Contraindicaciones:

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

Efectos indeseables:

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

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

Precauciones para su uso:

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

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

Embarazo y Lactancia:

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

Interacción Medicamentosa y Otras:

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

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

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

Posología y Modo de Administración:

100 mg, 2 veces al día que se pueden aumentar hasta 200 mg, 2 veces al día según la severidad de los síntomas y la respuesta del paciente. Se recomienda administrar el fármaco después de los comidas. En el caso de pacientes ancianos, el médico deberá establecer un régimen de tratamiento que deberá considerar una reducción de la dosificación ya mencionada.

Sobredosificación:

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

Advertencias:

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

Dosificación:

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

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

Presentación:

Caja con 10 tabletas con 100 mg de Nimesulide cada una.
Caja con 30 tabletas con 100 mg de Nimesulide cada una.

Zyrtec

CETIRIZINA

Tabletas pelliculadas

Fórmula:

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

Indicaciones:

La cetirizina es un potente antihistamínico con un bajo potencial de producir somnolencia a dosis terapéuticas y con propiedades anti-alérgicas adicionales. Es un antagonista H1 selectivo con efectos insignificantes sobre otros receptores y por lo tanto está virtualmente libre de efectos anticolinérgicos y 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 "tarde".

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 mg/ml entre 30 y 60 min. después de su administración. La 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 compara como un fármaco anti H1 sin 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. El farmacológico humano, la actividad periférica de la cetirizina se revela por la inhibición muy significativa de:

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

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

Contraindicaciones

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

Precauciones o restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia

Por prudencia, no se administre Zyrtec[®] a la mujer gestante durante el período de organogénesis, ni durante el período de lactancia, ya que la cetirizina se excreta en el leche.

Reacciones secundarias y adversas

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

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

Interacciones

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

Manejo de vehículos y maquinaria

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

Alteraciones de pruebas de laboratorio

No se conocen hasta la fecha.

Precauciones y relación con efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis y sobre la fertilidad

Los estudios de teratología realizados en el animal de experimentación no han evidenciado ninguna malformación particular; sin embargo, se aconseja evitar su uso durante el embarazo.

Dosis y vía de administración

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

Sobredosis

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

En caso de sobredosis masiva se realizará cuanto antes un lavado de estómago. Se aconseja una terapia sintomática de soporte con control frecuente de las funciones vitales. Hasta la fecha no se conoce antídoto específico.

Presentación

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

Información exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica.
*Marca Registrada
Reg. No. 131M91 SSA
IPPA
Clave: ZYT-AR-1-91

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



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

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

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

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

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 aborreción 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 el 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. 021M95 S.S.A.



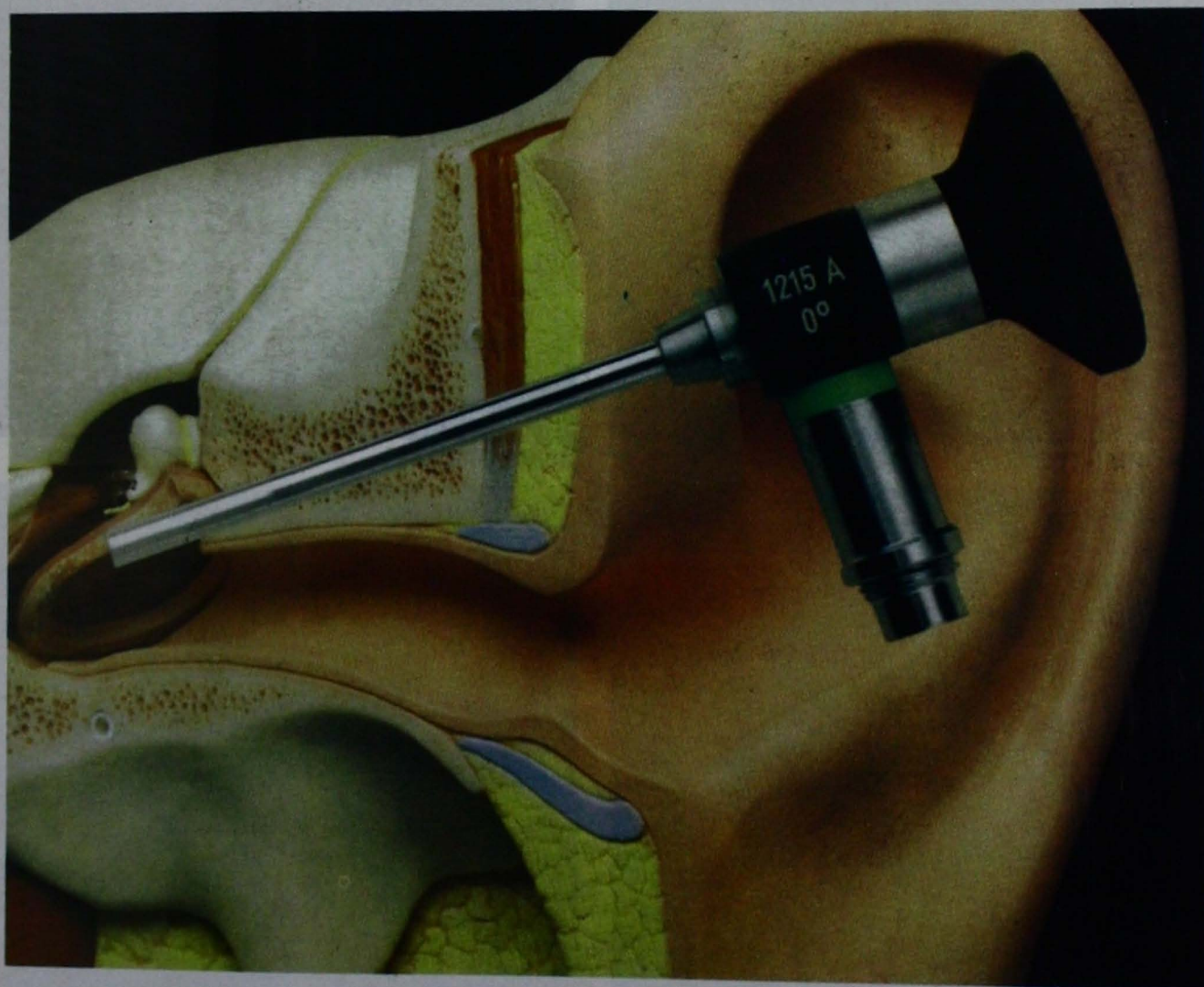
I.MED. OGE-1020/2 Reg. SSA. 054M89

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

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

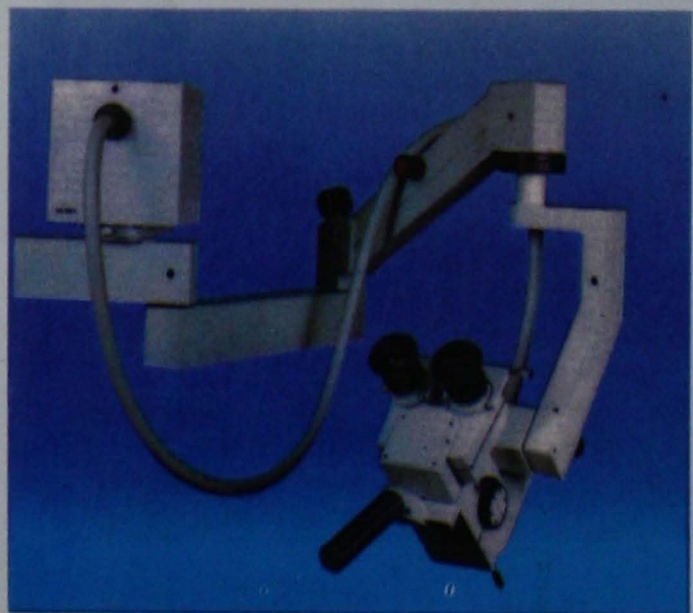
ZEISS Germany



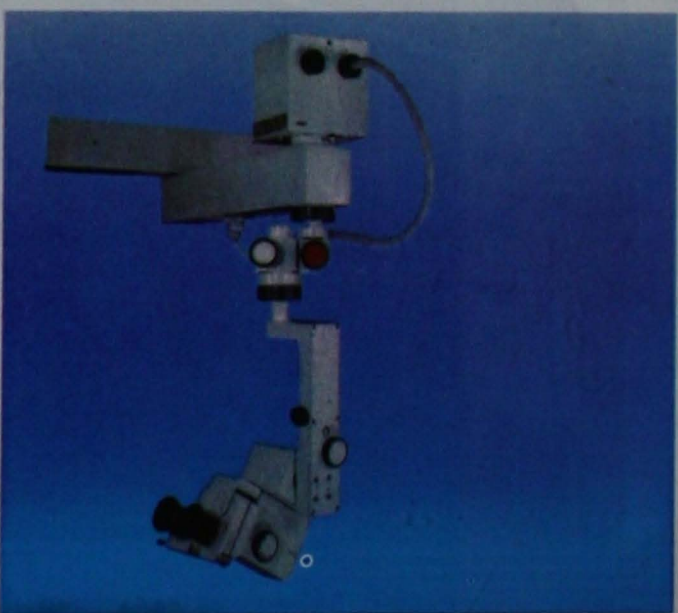
ZEISS-OPMI-1 FC



ZEISS-OPMI-99



ZEISS-OPM-150F



ZEISS-OPM-212F

ZEISS

Germany

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

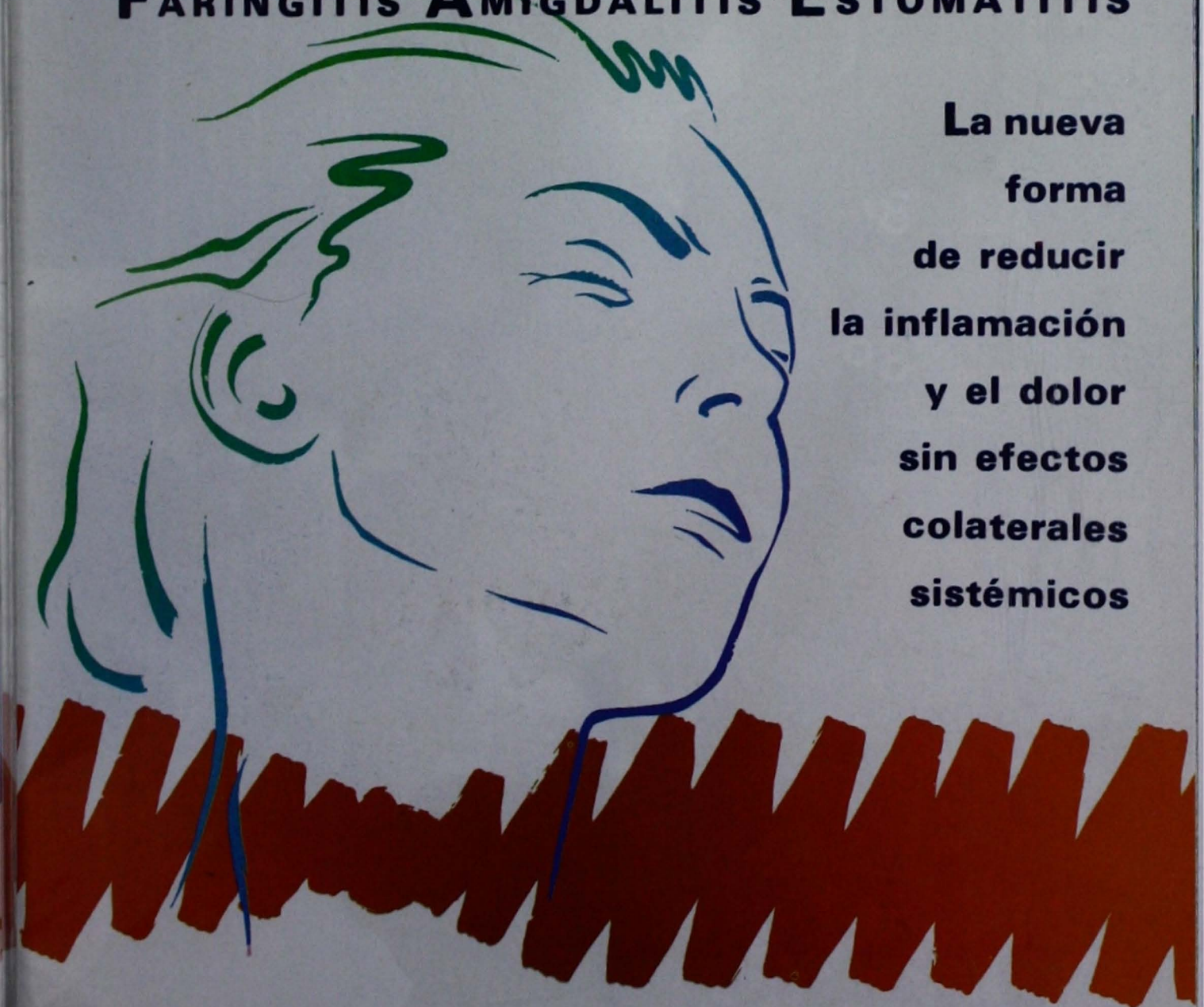
Asesoría Técnica
Servicio-Refacciones

**EN LA
INFLAMACION
DE BOCA
Y GARGANTA**

Lonol^{*} *oral*
nebulizador

FARINGITIS AMIGDALITIS ESTOMATITIS

**La nueva
forma
de reducir
la inflamación
y el dolor
sin efectos
colaterales
sistémicos**





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



SmithKline Beecham
Farmacéutica

Rocephin

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

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

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

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

FARMACOCINETICA: La biodisponibilidad de la vía I.M. es de 100%. Difunde rápidamente a la intersticio, donde se mantienen concentraciones bactericidas durante 24 horas. Se a las proteínas plasmáticas de 85 a 95% (concentraciones plasmáticas 300 mg/l a < 100 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 se ven superiores a las mínimas inhibitorias para los gérmenes más frecuentes. Se eliminan a 50-80% (recién nacidos 70%) con la orina y 40-50% con la heces. Su vida media es de 8 horas en niños < 1 semana y en ancianos > 75 años aumenta aproximadamente 1.5 veces. **INDICACIONES:** Para el tratamiento de infecciones causadas por gérmenes sensibles: - Septicemia. - Meningitis. - Infecciones abdominales (vías biliares, gastrointestinales, tónicas). - Infecciones óseas, articulares, tejidos blandos, cutáneas, heridas. - Infecciones localizadas inmunodeprimadas. - Infecciones renales y urinarias. - Infecciones respiratorias (monia, O.R.L.). - Infecciones genitales (incluyendo gonorrea). - Profilaxis quirúrgica. **DOSE:** Rocephin se administra 1 vez cada 24 horas:

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

o 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. **MODO DE EMPLEO:** - I.M.: Disolver 500 mcg ó 1 g en 2 ml ó 3.5 ml respectivamente, solución de lidocaina al 1%. Conviene no aplicar más de 1 g en cada glúteo al día. La solución de lidocaina no debe administrarse I.V. - I.V. directa: Disolver 500 mcg ó 1 g en 5 ml ó 10 ml, respectivamente, de solución inyectable y aplicar lentamente en la vena. No emplearse la presentación I.V. por la vía I.M. - I.V. por infusión: Disolver 500 mcg en aproximadamente 40 ml de cualquiera de las siguientes soluciones libres de calcio: ro de sodio 0.9% con o sin dextrosa 5%, glucosada 5% y 10%. La infusión pasará en 5 minutos. Dosis > 2 g en adultos y de 50 mg/kg en niños, deben administrarse por vía 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 se aplica admetil). Náuseas, vómito, estomatitis, gliosis. Eosinofilia, leucopenia, granulocitopenia hemolítica, trombocitopenia. Exantema, prurito, urticaria. Más raros son: cefalea no, aumento de creatinina sérica, reacciones anafilácticas, etc. Todavía menos frecuentes: pseudomembranosas. **PRECAUCIONES:** Como ocurre con todos los betalactámicos, debe que se presenten reacciones anafilácticas, en cuyo caso se debe administrar epinefrina. 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, os casos se recomienda un manejo conservador no quirúrgico, aún cuando se acompañan. Todas las cefalosporinas pueden desplazar a la bilirrubina de su unión de la albúmina, se recomienda tomar esto en cuenta al seleccionar a este tipo de antibióticos el tratamiento de infecciones en recién nacidos hiperbilirrubinémicos, particularmente rmaturos. Durante tratamientos prolongados se debe realizar cuantías hemoculturas ícas. Aunque no se ha reportado efecto teratogénico con Rocephin, durante el embarazo recomienda administrarlo sólo en casos en que sea absolutamente necesario (partiente durante el primer trimestre). Cuando se emplee Rocephin junto con otro probio, ambos fármacos deben administrarse por separado debido a la posibilidad de exista incompatibilidad físico-química. **PRESENTACIONES:** Rocephin I.M.: Caja con 1 ampolla (con 500 mcg ó 1 g) y 1 ampolla con lidocaina al 1% (2 ó 3.5 ml). Rocephin aja con 1 frasco ampola (con 500 mcg ó 1 g) y 1 ampolla con agua inyectable (5 ml). Reg. No. 098M84 y 104M84 S.S.A. Su venta requiere receta médica.

en México:
Roche, S.A. de C.V.
Avenida No. 902,
México, D.F.
Caja Registrada.
C. JGE-1001-J



RULID 300mg

FACILITA EL TRATAMIENTO

Formas farmacéuticas y formulaciones: Cada comprimido contiene:
RULID 150 mg RULID 300 mg
150 mg 300 mg
Excipiente c.b.p. 1 comprimido 1 comprimido

Indicaciones terapéuticas: El RULID es un antibiótico bactericida semisintético de administración oral, perteneciente a la familia de los macrólidos. Su espectro antibacteriano es el siguiente: - Especies habitualmente sensibles: **Streptococcus A, Streptococcus mitis, Streptococcus sanguis, Streptococcus viridans, Streptococcus agalactiae, Pneumococcus, Meningococcus, Bordetella pertussis, Branhamella catarrhalis, Corynebacterium diphtheriae, Listeria monocytogenes, Clostridium, Mycoplasma pneumoniae, Pasteurella multocida, Chlamydia trachomatis, Chlamydia psittaci, Ureaplasma urealyticum, Legionella pneumophila, Campylobacter, Gardnerella vaginalis.** - Especies inconstantemente sensibles: **Haemophilus influenzae, Bacteroides fragilis, Vibrio cholerae, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis.** - Especies resistentes: **Enterobacteriaceae, Pseudomonas** y está indicado especialmente en las siguientes manifestaciones: - O.R.L. (amigdalitis, rinosinusalitis, sinusitis aguda); - broncopulmonares (neumonías, bronquitis, sobreinfecciones de bronconeumonías crónicas obstruivas, neumopatías atípicas); - genitales, con excepción de infecciones gonocócicas (uretritis, cervicovaginitis); - cutáneas y subcutáneas; - profilaxis de la meningitis meningocócica en sujetos expuestos.

Farmacocinética y farmacodinamia en humanos: El principio activo de RULID, la roxitromicina, es más estable en medio ácido que los demás macrólidos. Se absorbe rápidamente y se encuentra en el suero en el término de 15 minutos, alcanzando el pico sérico 2.2 horas después de su administración en ayunas. Después de la administración única de un comprimido de 150 mg, la Cmáx promedio alcanzada en el sujeto sano es de 6.6 mg/l y la vida media de eliminación promedio es de 10.5 horas. Cuando se administran 300 mg, la Cmáx promedio es de 9.68±1.81 mg/l y la vida media de eliminación promedio de 11.20±4.44 horas. Entre 16 y 28% de roxitromicina se fija en forma débil e inespecífica a la albúmina sérica. En los casos de insuficiencia hepática grave, la vida media se prolonga (25 horas) y la Cmáx aumenta después de la administración oral de 150 mg de roxitromicina. Con los comprimidos de 300 mg no se observan diferencias significativas en los niveles plasmáticos de jóvenes, ancianos o pacientes con insuficiencia renal. Las ABC promedio y la vida media de eliminación son significativamente más elevadas en ancianos e insuficientes renales. La cantidad total promedio excretada en la orina durante 48 horas es la misma en jóvenes y ancianos y significativamente mayor en estos dos grupos que en los insuficientes renales. Sin embargo, aunque las diferencias son significativas, no son importantes clínicamente cuando se administra RULID en una sola dosis diaria de 300 mg. La roxitromicina sufre poca biotransformación, relativamente, y más de la mitad es excretada como producto original. En la orina y las heces se han identificado tres estructuras: - la desclorinosa-roxitromicina, derivado más abundante; - dos metabolitos menores N-mono y di-desmetil-roxitromicina. Estos tres derivados se encuentran en la misma proporción en la orina y la materia fecal. La eliminación es esencialmente fecal. En casos de insuficiencia renal, la eliminación por vía renal representa aproximadamente un 10%. La insuficiencia renal influye poco en la eliminación del producto.

Contraindicaciones: - Hipersensibilidad a los macrólidos. - Asociación a alcaloides derivados del cornezuelo de centeno.

Precauciones o restricciones de uso durante el embarazo y lactancia: No se ha establecido la inocuidad de la roxitromicina para con el feto, en el caso de embarazo. Sin embargo, estudios llevados a cabo en varias especies animales no han mostrado efecto teratogénico o fetotóxico, empleando dosis de hasta 200 mg/kg/día, equivalentes a 40 veces la dosis terapéutica humana. En lo que se refiere a la lactancia, existe un paso muy ligero de roxitromicina a la leche (inferior al 0.05% de la dosis ingerida).

Reacciones secundarias y adversas: - Manifestaciones digestivas: náuseas, vómito, epigastralgia, diarrea. - Manifestaciones cutáneas y mucosas por hipersensibilidad: - Aumento moderado de las transaminasas ASAT-ALAT y/o de las fosfatasa alcalinas; excepcionalmente hepatitis colestásica aguda. **Interacciones medicamentosas y de otro género:** - No existe interacción con la warfarina o la carbamazepina. - En un estudio en sujetos sanos se observó un ligero aumento de las concentraciones plasmáticas cuando se administra teofilina. lo cual no justifica modificar la posología habitual del producto en el paciente. La asociación de roxitromicina a alcaloides vasoconstrictores del cornezuelo de centeno está contraindicada.

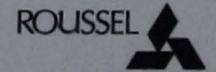
Alteraciones de pruebas de laboratorio: **Precauciones y relación con efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis y sobre la fertilidad:** - En caso de insuficiencia hepática grave (por ej. cirrosis hepática con ictericia y/o ascitis) se recomienda reducir la posología a la mitad (150 mg una vez al día). - La eliminación de roxitromicina por vía renal es mínima, por lo que no es necesario modificar la posología en casos de insuficiencia renal. - No es necesario modificar la posología en ancianos. - Estudios efectuados en varias especies animales no mostraron efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis ni sobre la fertilidad.

Dosis y vía de administración: Adultos: 300 mg al día, o sea un comprimido de 150 mg por la mañana y otro por la tarde, antes de las comidas, o un solo comprimido de 300 mg al día, antes del desayuno o de la cena. **Insuficiencia renal:** posología normal. Ancianos: posología normal. **Insuficiencia hepática grave:** 150 mg al día en una sola administración.

Sobredosificación o ingesta accidental: manifestaciones y manejo (antídoto): En el caso de una sobredosis, se recomienda un lavado gástrico y tratamiento sintomático. No existe un antídoto específico.

Presentaciones: Caja con 10 comprimidos de 150 mg en envase de burbujas. Caja con 5 comprimidos de 300 mg en envase de burbujas. Conserve en lugar fresco y protegido de la luz. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos.

GRUPO ROUSSEL, S.A. DE C.V.
Av. Universidad 1738, 04000, México, D.F.
* Marca registrada Reg. No. 391M89 S.S.A. RDE-800/IPP-A
RUL-3/03-92
Vigente hasta 21-feb-94



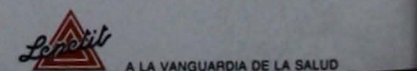
Doble Acción TELDANE-D

(Terfenadina + Pseudoefedrina)

INDICACIONES: Alivio sintomático de la congestión asociada con alteraciones de las vías respiratorias superiores donde se requiera acción bloqueante de los receptores histamínicos periféricos (H1). **CONTRAINDICACIONES:** Pacientes con hipersensibilidad conocida a la terfenadina, pseudoefedrina o a cualquier componente de la formulación. La pseudoefedrina está contraindicada en pacientes con hipertensión arterial severa, enfermedad coronaria grave, glaucoma, hipertiroidismo, diabetes mellitus, hipertrófia prostática, insuficiencia cardíaca y pacientes que estén o hayan estado en tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO). La pseudoefedrina está contraindicada en madres lactantes debido a un mayor riesgo de las aminas simpaticomiméticas en los recién nacidos. Niños menores de 12 años. **USO EN EL EMBARAZO Y DURANTE LA LACTANCIA:** No hay estudios adecuados y bien controlados en la mujer embarazada. Terfenadina y pseudoefedrina debe ser usado durante el embarazo sólo si los beneficios probables superan los riesgos potenciales para el feto. Lactancia: ver contraindicaciones. **PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:** La pseudoefedrina debe ser usada con cuidado y bajo supervisión médica en pacientes con hipertensión leve o moderada, antecedentes de enfermedad coronaria. La pseudoefedrina, al igual que otras aminas simpaticomiméticas, también puede producir estimulación del Sistema Nervioso Central con convulsiones o colapso cardiovascular. Los ancianos son más susceptibles a los efectos adversos de las aminas simpaticomiméticas. La terfenadina es extensamente metabolizada en el hígado. Los pacientes con insuficiencia hepática, en tratamiento con inhibidores potentes de la oxidación hepática (ver Interacciones Medicamentosas), o los pacientes con tendencia al prolongamiento del intervalo QT pueden presentar prolongamiento del intervalo QT o taquicardia ventricular con las dosis recomendadas (ver Reacciones Adversas y Sobredosificación). **REACCIONES ADVERSAS:** Terfenadina: Durante las investigaciones clínicas controladas, los pacientes que recibieron terfenadina presentaron una incidencia de reacciones adversas similar a la de quienes recibieron placebo. Las más comunes fueron sedación, cefalea, trastornos gastrointestinales, fatiga, mareos, boca seca y erupción cutánea o prurito (incluyendo rascos y urticaria). En esos mismos estudios, la incidencia de sedación con los antihistamínicos tradicionales fue menor que con terfenadina. Se han reportado también algunos casos de elevación leve de las transaminasas y un solo relato de elevación moderada. También fueron reportadas elevaciones aisladas de ictericia en pacientes tratados con placebo. Existen algunos reportes aislados de ictericia paratípica y hepatitis colestásica. En la mayoría de los casos la información disponible sobre estos reportes es incompleta. Pseudoefedrina: Individuos hiperactivos pueden mostrar síntomas semejantes a una reacción a la efedrina tales como: taquicardia, palpitaciones, cefalea, mareos o náuseas. Los simpaticomiméticos han sido asociados con ciertos efectos adversos: temor, ansiedad, nerviosismo, inquietud, temblor, debilidad, palidez, dificultad respiratoria, disuria, insomnio, alucinaciones, convulsiones, depresión del sistema nervioso central, arritmias y colapso cardiovascular. Terfenadina y pseudoefedrina: En estudios controlados doble-ciego paralelos en más de 300 pacientes en los cuales la terfenadina y pseudoefedrina fue comparada con pseudoefedrina de acción prolongada, las reacciones adversas reportadas para el grupo combinado no fueron diferentes de las reportadas por los pacientes que recibieron sólo pseudoefedrina. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:** El ketocanazol altera significativamente el metabolismo de la terfenadina y, por lo tanto, no se recomienda su uso concomitante. El uso concomitante de algunos antibióticos macrólidos con la terfenadina debe ser hecho con precaución. Los inhibidores de la MAO, los simpaticomiméticos y los bloqueantes beta-adrenérgicos incrementan los efectos de las aminas simpaticomiméticas. Las aminas simpaticomiméticas pueden reducir los efectos anti-hipertensivos de la metildopa, mecamilamina y reserpina. **Contraindicaciones:** - Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes: terfenadina 50 mg, pseudoefedrina 120 mg. **POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION:** La terfenadina para adultos y niños mayores de 12 años es 1 comprimido dos veces al día. **SOBREDOSIFICACION:** Terfenadina: Se han reportado algunos casos de sobredosificación de carácter leve y transitorio (cefalea, somnolencia, náusea, confusión), con dosis variables entre 360 y 3360 mg. Se han reportado algunos casos de arritmias, incluyendo taquicardia ventricular, fibrilación y "torsades de pointes", con sobredosis entre 900 y 3360 mg, y se han manifestado hasta 15 horas después de haberse ingerido los comprimidos de terfenadina. Por lo tanto en casos de sobredosificación, se recomienda monitoreo cardíaco por lo menos durante 24 horas, asociado al tratamiento sintomático (lavado gástrico, emélico), y los efectos de remover la droga no absorbida. En caso de persistencia de "torsades de pointes", el marcapulso temporario es la terapéutica de elección. Debido a su alto volumen de distribución, la hemodilisis o la hemoperfusión no remueven efectivamente de la sangre, el principal metabolito de la terfenadina. Se han reportado algunos casos aislados de alteraciones electrocardiográficas con dosis de 600 mg/día y raramente se han evidenciado arritmias (incluyendo "torsades de pointes") con dosis entre 120-240 mg/día. La DL50 oral de la terfenadina en ratas y ratones maduros, fue mayor de 5000 mg/kg. La DL50 oral en ratas recién nacidas fue de 438 mg/kg. En estudios clínicos farmacológicos con 300 mg de terfenadina, 2 veces al día durante 7 días, los electrocardiogramas mostraron alteraciones en la morfología de la curva T y en el desarrollo de las curvas U en algunos pacientes; la media corregida del intervalo QT aumentó 43 msec, sin signos y síntomas clínicos, o arritmia. No se detectaron alteraciones clínicamente significativas en la media corregida del intervalo QT con dosis de 60 mg o 120 mg, 2 veces al día. Pseudoefedrina: La DL50 oral para pseudoefedrina en ratones fue 1071 mg/kg, en cuanto que, la DL50 de pseudoefedrina administrada con terfenadina fue 3017 mg/kg. En ratones y perros, las dosis letales produjeron temblores antes de la muerte. La excreción de la pseudoefedrina es incrementada por la disminución del pH de la orina. Los efectos graves asociados con la sobredosis de pseudoefedrina incluyen dificultad respiratoria, convulsiones, arritmias y colapso cardiovascular. **Combinación terfenadina/pseudoefedrina:** En la sobredosis aguda pueden producir signos de estimulación del SNC o depresión de los efectos cardiovasculares variables, incluyendo colapso cardiovascular. Las aminas simpaticomiméticas deben ser usadas con mucho cuidado en la presencia de la pseudoefedrina. Pacientes con signos de estimulación deben ser tratados adecuadamente. Tratamiento: El tratamiento de la sobredosis consiste en inducir la emesis (arabe de ipeca), excepto en pacientes inconscientes, seguido de la administración de carbón activado para adsorber cualquier remanente de droga. Si no se logra provocar el vómito, o está contraindicado, se debe hacer lavado gástrico con solución salina. Los catárticos salinos también se pueden usar para rápida dilución del contenido intestinal. El tratamiento de los síntomas y signos de la sobredosificación deben ser sintomáticos y de soporte, después de la etapa aguda. **PRESENTACION:** CAJA CON 10 TABLETAS.

Referencias: 1. Groberman, M. Ensayo de eficacia y tolerancia de terfenadina + pseudoefedrina vs carbinoxamina - pseudoefedrina para el control de la congestión de las vías. Investigación Médica Internacional, Vol. 16 No. 3, 989. Págs. 147-149. 2. Malka, S., et al: Estudio comparativo farmacocinético y valoración clínica de la combinación de terfenadina + pseudoefedrina vs carbinoxamina + pseudoefedrina en la rinitis obstructiva. Rev. Prensa, 1990, 3. Moser, L. et al: Effects of Terfenadine and Diphenhydramine alone or in combination with Dizepam or Alcohol on Psychomotor Performance and subjective feelings. Eur. J. Clin. Pharmacol. 14 (6) p417-23. Dec. 18, 1978. 4. Malka, S., et al: Estudio clínico multicéntrico de la combinación de terfenadina y pseudoefedrina en caso de rinitis catarral. Revista de la Fundación José María Vargas. Vol. X, Junio 1986, No. 2, 36/38. 5. Girard, J.P., et al: Double-blind comparison of Astemolol, Terfenadine and Placebo in hay fever with special regard to onset of action. Int. Med. Res., 13:102, 1985.

Reg. S.S.A. 076M88 *Marca Registrada





Smith+Nephew



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

NORMED

MEDIZIN-TECHNIK GMBH

MICRO INSTRUMENTAL MAXILOFACIAL
INSTRUMENTAL EN GENERAL



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

SERVICIOS:
RESTAURACION, REPARACION Y
MANTENIMIENTO DE INSTRUMENTAL
Y EQUIPOS MEDICOS



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

VENTAS

Av. Insurgentes Sur No. 273-2o. Piso Col. Roma México 06700, D.F.

OFICINAS
Avenida 1 No. 100 Col. San Pedro de los Pinos México 03800, D.F.

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 o no productoras de penicilinas).

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

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

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

DOSIS Y ADMINISTRACION:

ADULTOS:

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

NIÑOS:

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

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

CONTRAINDICACIONES:

Pacientes con hipersensibilidad conocida a los antibióticos cefalosporínicos.

PRECAUCIONES:

Se ha reportado enterocolitis pseudomembranosa con el uso de antibióticos de amplio espectro, por lo tanto, es importante considerar este diagnóstico en los pacientes que desarrollen diarrea aguda 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.

En 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 "falsa".

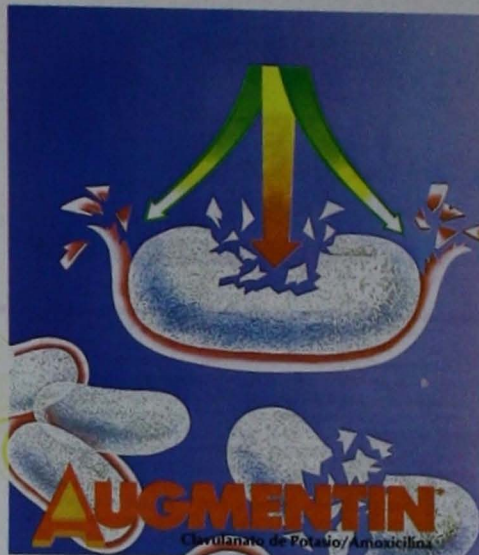
durante el tratamiento con Zinnat, se han observado eosinofilia* e incrementos transitorios de las concentraciones de las enzimas hepáticas (ALT (SGPT) y AST (SGOT)). Durante el tratamiento con cefalosporinas se han reportado pruebas de coombs positivas* —este fenómeno puede interferir con las pruebas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

Glaxo



El antibiótico de elección... en la práctica diaria

AUGMENTIN INFORMACION PARA PRESCRIBIR

DESCRIPCION. AUGMENTIN es un antibiótico de amplio espectro compuesto por Amoxicilina y Clavulanato de Potasio, ambos son betalactámicos, el clavulanato se anticipa al mecanismo de defensa bacteriano con un bloqueo irreversible de la enzima betalactamasas, 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. **EFFECTOS SECUNDARIOS.** En AUGMENTIN se han documentado algunos efectos en tracto digestivo como diarrea, náusea, vómito y rash dérmico al inicio del tratamiento. Estos efectos pueden ser reducidos tomando el medicamento conjuntamente con los alimentos. Raras veces se han reportado ictericia colestática. **DOSIS ADULTOS.** AUGMENTIN tabletas se prescribe en adultos con peso mayor de 40 kg., cada 8 horas por 5 a 10 días de terapia. **DOSIS EN NIÑOS.** AUGMENTIN suspensión se administra en base a la amoxicilina 20 mg/kg/día excepto en sinusitis, otitis y neumonía en que la dosis es de 40 mg/kg/día. La suspensión junior es apropiada en niños de 5 a 7 años usando 1/2 cucharadita cada 8 horas y en niños de 8 a 12 años 1 cucharadita cada 8 horas. En ambos casos el tratamiento es de 5 a 10 días de terapia. La suspensión pediátrica es apropiada para niños de 3 meses a 4 años y cuenta con una pipeta dosificadora graduada en kilogramos y mililitros para facilitar su administración.

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

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

BIBLIOGRAFIA:

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

Reg. No. 068M82 y 079M84

* Marca Registrada

Literatura exclusiva para médicos.

Su venta requiere receta médica.

I. Med. QLE-1935/J

Miguel Angel de Quevedo No. 307 Coyacán

C. P. 04310 México, D. F.

CLAVE: 36503051

Beecham
farmacéutica, s.a. de c.v.

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



La nueva forma de reducir la inflamación y el dolor sin efectos colaterales sistémicos



Fórmula: Cada 100 ml. contienen: Clorhidrato de Bencidamina ... 0.15 g. Vehículo c.b.p. ... 100 ml. **Indicaciones:** Lonol Nebulizador está indicado como auxiliar en todos aquellos casos que se acompañen de inflamación y dolor en la cavidad orofaríngea (intervenciones quirúrgicas, etc.), sobre todo en pacientes en los que resulte molesto o imposible el efectuar enjuagues bucales o gargarismos. Está indicado además en afecciones otorrinolaringológicas tales como amigdalitis, faringitis y laringitis; como coadyuvante en el tratamiento de quistes mandibulares, calcuosis salival, etc. En cirugía, en pacientes amigdalectomizados o en pacientes que hayan sido sometidos a intubación endotraqueal. En afecciones odontoestomatológicas como gingivitis, glositis, estomatitis, aftas, parodontopatías. También está indicado como coadyuvante en el tratamiento odontológico de tipos conservador y extractivo, cuando el caso lo requiera. **Contraindicaciones:** No debe aplicarse en personas sensibles al clorhidrato de bencidamina. **Dosificación:** Cuatro nebulizaciones por vez, 4 a 6 veces al día. **Reacciones secundarias:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. **Presentación:** Frasco con 30 ml. Reg. No. 184M89 S.S.A. Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. *Marca Reg. I. Méd. SGE-1767/J



Hecho en México por Promeco, S.A. de C.V. Calle del Maíz 49 16090 México, D.F.

En infecciones de las VIAS

RESPIRATORIAS

NUEVO

roxitromicina
RULID 300mg

FACILITA EL TRATAMIENTO

UNA ^{sola} TOMA AL DIA

24 horas de acción continua

ROUSSEL



De la investigación GLAXO



Respuesta actual a la SINUSITIS de hoy

Zinnat

Acetoxietil Cefuroxima
2 VECES AL DIA

El primer monofármaco oral estable a beta-lactamasas

- Verdadero amplio espectro que comprende los gérmenes causales más comunes de la 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. Roge, J, Durand, B, Pappo, M: Traitement des infections ORL par le cefuroxime-axétile. Etude comparative avec l'association amoxicilline/acide clavulanique en médecine spécialisée. *J. Français d'oto-rhino-laryngo* Vol. 38, No. 3, Mars, 1989.

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

1. HAS - PLE-2098/2

Glaxo

Plonero en Penicilinas
Lider en Cefalosporinas



SURGICAL SPECIALTIES

**Cuente en su
Consultorio con
Unidades Equipo
e Instrumentos
STORZ**

**Neurocirugía
Maxilofacial,
Otología,
Laringología,
Oftalmología,
Microcirugía,
Rinología y
Cirugía
Plástica
Reconstructiva.**



Endoscopia e Instrumentos S.A. de C.V.

ENDOSCOPIA MEDICA E INDUSTRIAL, INSTRUMENTOS PARA O.R.L., VIDEO CÁMARAS

Carracci No. 50 Col. Mixcoac, Apartado Postal 19-539 C.P. 03730, México D.F.

Tels: 563-4520, 611-2917 Fax: 611-4263 Telex 1764507 GONAME





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

BIBLIOTECA
VILAR



DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA
Y
EQUIPO MEDICO



SU ASESOR IDEAL PARA LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES MEDICAS:

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

EQUIPOS PARA: QUIROFANOS, LABORATORIOS Y CONSULTA EXTERNA

Importador y representante exclusivo de las siguientes marcas:

BLANCO

MESAS QUIRURGICAS



UNIDADES DE O.R.L.
BOMBAS DE SUCCION



G. RODENSTOCK
INSTRUMENTE
OFTALMOLOGIA
Y LASER

hund

MICROSCOPIOS
LABORATORIOS



MICROSCOPIOS PARA
MICROCIROGIA

Codman

Codman & Shurtleff Inc
INSTRUMENTAL
PARA MICROCIROGIA

F.L.FISCHER

INSTRUMENTAL PARA O.R.L.
Y MICROCIROGIA

RICHARD WOLF

ENDOSCOPIA



SONDAS Y CATETERES
ENDOUROLOGIA

martin

GEBRÜDER MARTIN
HECHO EN ALEMANIA

martin

HECHO EN MEXICO

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

REPARACION INSTRUMENTAL MEDICO
Y SERVICIO ELECTRONICO

ANUNCIA A CLIENTES Y AMIGOS SUS NUEVAS DIRECCIONES:

MEXICO, D.F.

Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 5263
Col. Isidro Fabela Deleg. Tlalpan
México, D.F. C.P. 14030
Fax 606-0520

Tels. 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 León C.P. 64000

SUCURSAL GUADALAJARA

Av. Mariano Otero 3549 Fracc. La Calma
Tel. (91-36) 348-900 Fax (91-36) 311-670
Zapopan, Jalisco C.P. 45070