

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA

- Cambios en la revista
- Ketanserina en laceraciones mucosas
- Lesión tumefacta inflamatoria
- Trastornos auditivos neurosensoriales
- Sordera súbita, corticoides y *Ginkgo biloba*
- Broncoscopía rígida en niños
- Lesiones naso-sinusales
- Tratamiento de insuficiencia vertebro-basilar
- Concha bulosa
- Preferencia de la ORL como especialidad

La revista se publica también en:
<http://www.starnet.net.mx/otorrino/>



REVISTA TRIMESTRAL FUNDADA EN 1949
DISTRIBUCIÓN GRATUITA PARA MÉDICOS
MEXICO D.F., VOL. XLIII NUMERO 3
JUNIO, JULIO Y AGOSTO 1998

para una
Congestión/Obstrucción Nasal con Rinitis Alérgica

Virlix[®]

Cetirizina y Pseudoefedrina

... en Cualquier Estación del Año

- ▷ **Antihistamínico más Descongestivo Nasal**
- ▷ **La rapidez de Cetirizina más Pseudoefedrina**
- ▷ **Más rápido y efectivo** en la remisión de síntomas que: loratadina,⁽¹⁾ astemizol⁽²⁾ y terfenadina⁽³⁾

Rápido y Seguro ^(4,5,6,7,8,9,10)

De un solo golpe

GlaxoWellcome

En rinitis,

FLIXONASE aqua

propionato de fluticasona

el disparo certero
1 vez al día

▲ **100% más potente
que beclometasona⁽¹⁾**

▲ **Buena tolerancia⁽¹⁾**
A diferencia de los antihistamínicos,
Flixonase aqua, no produce
sedación ni efectos anticolinérgicos

POSOLOGIA

1 VEZ AL DÍA

2 disparos
en cada narina



FLIXONASE
aqua

Fluticasona
SUSPENSION
Disparo de vidrio con atomizador
128 dosis * 14.5 ml

FORMULA:
Cada 100 ml contienen:
Propionato de Fluticasona
Vehículo c.b.p.
Cada dosis proporciona 50 mcg
Propionato de Fluticasona.
DOSIS: La que el médico señale.
Su venta requiere receta médica.
Léase instructivo anexo.
No se administre durante el embarazo.
No se deje al alcance de los niños.

1.- Van As A, Bronsky EA, Dockhorn RJ, Grossman J, Lumry W, Meltzer O, Seltzer JM, Rogenes PR. Once daily fluticasone propionate is as effective for perennial allergic rhinitis as twice daily beclomethasone dipropionate. J. Allergy Clin Immunol. Jun. 1993; 91 (6): 1146-54.

NOSOTROS TENEMOS LO QUE USTED ESTA BUSCANDO...



SISTEMA IONESTHETIZER
Anestesia sin dolor

XOMED
DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO

- ◆ PROTESIS OSCICULARES PARCIALES y TOTALES
- ◆ CATETER NASAL EPISTAXIS
- ◆ CATETER NASAL DOYLE II
- ◆ COLECTOR/ASPIRADOR JUHN TYMP TAP
- ◆ BOTON SEPTAL
- ◆ POPE OTO-WICK
- ◆ FUNDAS PARA MICROSCOPIOS / ENDOSCOPIOS
- ◆ TUBOS ENDOTRAQUEALES LASER SHIELD II

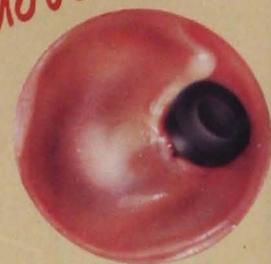


TUBOS DE VENTILACION



PROTESIS P/ESTAPEDECTOMIA
ENDOSCOPIOS Y FUENTE DE LUZ
NO CUESTAN MÁS

¡NUEVO!

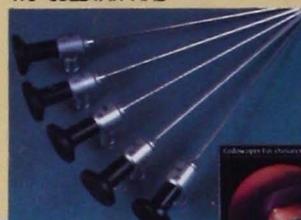


**Tubos de Ventilación
ACTIVENT**

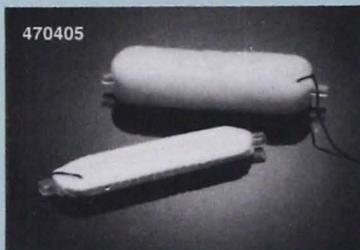
- ◆ Cubiertos con óxido de plata
- ◆ Antimicrobiales
- ◆ Reducen la incidencia de otorrea postoperatoria
- ◆ Clínicamente comprobado



TABULLA NASAL THERMASPLINT



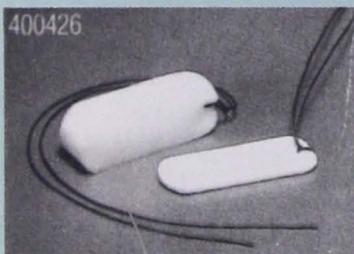
TAPON NASAL DOYLE
gran variedad de modelos y medidas



TAPON SINUS PAK
para aplicación posterior a la FE55.

Merocel
DISTRIBUIDOR AUTORIZADO
EXCLUSIVO

POPE EAR WICK

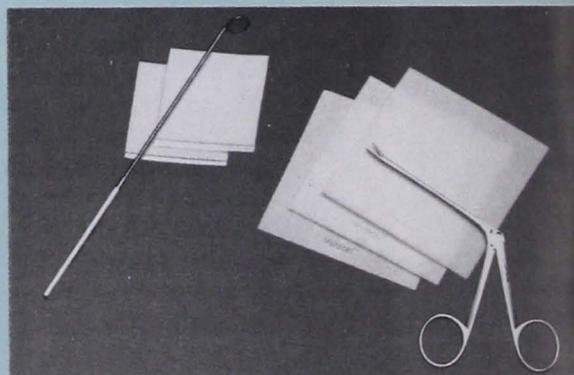


MEROCEL 2000
tablilla nasal laminada

Este innovador material (PVC)
inerte a la bacteria:

- ◆ No ocasiona TRAUMA y proporciona confort inmediato al paciente.
- ◆ Altamente absorbente.
- ◆ No deja residuos ni mantiene polvo en su interior

LIMPIADOR DE INSTRUMENTOS
¡CONOZCALOS!



¡NUEVO!
TRANSFORMADOR
DE PARED



ESTUCHE
COMPACT SET
◆ Focos ◆ Baterías ◆ Mangos



LAMPARA
FRONTAL
DE
HALOGENO

- ◆ Iluminador Nasal
- ◆ Transiluminador
- ◆ Lámparas de examinación



Welch Allyn
DISTRIBUIDOR
AUTORIZADO



MICROTYP II
y demás accesorios
que usted necesite

Multiespecialidades
édicas, S.A. de C.V.

Esperanza No. 703-F, Col. Narvarte,
C.P. 03020, México, D.F.
Tel. / Fax: 639 - 16 - 88
Tel.: 639 - 11- 88

ENTREGAMOS PEDIDOS FORANEOS SIN COSTO ALGUNO

Llámenos
y permítanos
atenderle como
usted se merece

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA



La revista también se publica en:
<http://www.starnet.net.mx/otorrino/>

Volumen 43 Número 3, 1998

DIRECTOR-EDITOR:
Jorge Corvera Bernardelli

EDITOR EN JEFE:
Gonzalo Corvera Behar

EDITORES ASOCIADOS:

Daniel Bross Soriano
Luis Gerardo Martín Armendáriz

Rene Toral Martiñon
Antonio Ysunza

CONSEJO EDITORIAL:

José R. Arrieta Gómez, México, D.F.
Enrique Azuara Pliego, México, D.F.
Pedro Becerril Pérez, México, D.F.
Olga Eugenia Beltrán Rodríguez Cabo, México, D.F.
Miguel Angel Betancourt Suárez, México, D.F.
Edgar Chiossone, Caracas, Venezuela
Antonio de la Cruz, Los Angeles, California
Roberto Dávalos Valenzuela, Morelia, Michoacán
Javier Dibildox, San Luis Potosí, San Luis Potosí
Sergio Esper Dib, Puebla, Puebla
Bruce J. Gantz, Iowa City, Iowa
Jorge García Gómez, Bogotá, Colombia
Armando González Romero, Guadalajara, Jalisco
W. Jarrard Goodwin Jr., Miami, Florida
Ilka Marys Guerrero Escobar, Panamá, Panamá
Mariano Hernández Goribar, México, D.F.
Mario Hernández Palestina, México, D.F.
Guillermo Hernández Valencia, México, D.F.
Vicente Honrubia, Los Angeles, California
Gordon B. Hughes, Cleveland, Ohio

Robert A. Jahrsdoerfer, Houston, Texas
Masao Kume Omine, México, D.F.
Pedro L. Mangabeira Albernaz, San Paulo, Brasil
Anthony J. Maniglia, Cleveland, Ohio
Julio Cesar A. Mena Ayala, México, D.F.
Richard T. Miyamoto, Indianapolis, Indiana
Eugene N. Myers, Pittsburgh, Pennsylvania
Edgard Novelo Guerra, México, D.F.
Jack L. Pulec, Los Angeles, California
Jose Antonio Rivas, Bogotá, Colombia
Eugenio Romero Díaz, Córdoba, Argentina
Ramón Romero Rodríguez, México, D.F.
Martha Rosete de Díaz, México, D.F.
Paul Savary, Quebec, Canadá
Mansfield F. Smith, San Jose, California
Antonio Soda Merhy, México, D.F.
Juan Felipe Sánchez Marle, México, D.F.
Hamlet Suárez, Montevideo, Uruguay
Ronald J. Tusa, Miami, Florida
Pelayo Vilar Puig, México, D.F.
Arturo Zavala Habid, México, D.F.

Publicada por la

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

PRESIDENTE: Miguel Angel García García
SECRETARIO: Miguel Angel Betancourt Suárez

VICE-PRESIDENTE: Carlo Pane Pianese
TESORERO: Frank Rosengaus Leizgold

DIRECCIÓN COMERCIAL Y OFICINA DE REDACCIÓN:

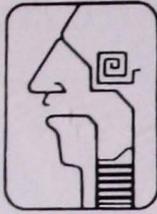
Eugenia 13-403 Colonia Nápoles, México D.F. 03810, México, Tel. 669 0263, Fax 543 9363
Registro de la Dirección General de Derechos de Autor No. 743-92

Certificado de licitud de contenido 4877, certificado de licitud de título 6442, registro I.S.S.N. 0188-8323

Publicación periódica, permisos Registro Postal CR-DF 090-96, Autorizados por SEPOMEX

IMPRESO EN MÉXICO POR LITOGRAFICA E IMPRESOS TOCA SA. DE C.V.

LagoTexcoco No. 28 Col. Anahuac



ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA MEXICANA
Órgano de difusión de las Sociedades siguientes:
Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello
Sociedad Mexicana de Audiología y Foniatría
Asociación Panamericana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

<http://www.starnet.net.mx/otorrino/>

ÍNDICE

TABLE OF CONTENTS

PÁGINA DEL EDITOR. CAMBIOS EN LA REVISTA	132
LACERACIÓN DE LA MUCOSA SEPTAL. TRATAMIENTO CON KETANSERINA. DISEÑO EXPERIMENTAL.	134
<i>ALEJANDRA ARELLANO BÁRCENAS, RICARDO BERNARDINO SÁNCHEZ SÁNCHEZ, LUZ MARÍA GÓMEZ.</i>	
LESIÓN TUMEFACTA FIBROINFLAMATORIA DE CABEZA Y CUELLO. PRIMER CASO COMUNICADO EN MÉXICO	137
<i>JAQUELINE RAMÍREZ ANGUIANO, MARIO HERNÁNDEZ PALESTINA</i>	
HALLAZGOS AUDIOLÓGICOS EN PACIENTES CON HIPOACUSIA SÚBITA MANEJADOS CON ESTEROIDES Y EXTRACTO DE GINKGO BILOBA	144
<i>ILEANA DEL SOCORRO GUTIÉRREZ FARFAN, MAYRA NORMA RAMÍREZ VARGAS, JULIO CESAR A. MENA AYALA</i>	
BRONCOSCOPIA RÍGIDA EN PEDIATRÍA	148
<i>JORGE E. CRUZ PONCE, IRASEMA Y. ZAMBRANO CAÑAMAR, GRISELDA GUERRERO GONZALEZ, BELEM E. CORONA GALAVIZ, JOSE LUIS TREVIÑO GONZALEZ, JESUS GONZALO DAVILA FLORES</i>	
ESTUDIO FAMILIAR DE TRASTORNOS AUDITIVOS NEUROSENSORIALES EN LA PENÍNSULA DE MACANAO, ISLA DE MARGARITA, VENEZUELA	140
<i>AURA DÍAZ DE PALACIOS, MARÍA ISABEL DE ALMADA, MERCEDES BELLO DE ALFORD, NELSIMAR PALACIOS, NELSON PALACIOS, ATANACIO VASQUEZ, RICARDO MATTEI</i>	
EXPERIENCIA DE MANEJO DE LESIONES NASO-SINUSALES CON EL ABORDAJE DE "DESGUANTE FACIAL" EN 76 CASOS	152
<i>RUBÉN MORENO PADILLA, JUAN MARTÍN GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.</i>	
GINKGO BILOBA EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES VESTIBULARES SECUNDARIAS A INSUFICIENCIA VÉRTEBRO-BASILAR	156
<i>HENRYK KAZMIERCZAK, KATARZYNA PAWLAK-OSINSKA</i>	
CONCHA BULOSA ASOCIADA A SINUSITIS CRÓNICA.	158
<i>MARICRUZ PRECIADO OLAIS, ALBERTO PINZON MUSIERA</i>	
SELECCIÓN DE LA ESPECIALIDAD Y TENDENCIAS PROFESIONALES EN RESIDENTES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE MÉXICO.	161
<i>GERMAN FAJARDO DOLCI, EDGAR NOVELO GUERRA, JOSÉ ÁNGEL GUTIÉRREZ MARCOS, MA. EUGENIA PONCE DE LEÓN</i>	

EDITOR'S PAGE	132
SEPTAL MUCOSAL TEARS. TREATMENT WITH KETANSERINE. AN EXPERIMENTAL STUDY.	134
<i>ALEJANDRA ARELLANO BÁRCENAS, RICARDO BERNARDINO SÁNCHEZ SÁNCHEZ, LUZ MARÍA GÓMEZ.</i>	
HEAD AND NECK TUMEFACTIVE FIBROINFLAMMATORY LESION. FIRST CASE REPORTED IN MEXICO	137
<i>JAQUELINE RAMÍREZ ANGUIANO, MARIO HERNÁNDEZ PALESTINA</i>	
AUDIOLOGIC FINDINGS IN PATIENTS WITH SUDDEN HEARING LOSS TREATED WITH STEROIDS AND EXTRACT OF GINKGO BILOBA	144
<i>ILEANA DEL SOCORRO GUTIÉRREZ FARFAN, MAYRA NORMA RAMÍREZ VARGAS, JULIO CESAR A. MENA AYALA</i>	
RIGID BRONCHOSCOPY IN PEDIATRIC PATIENTS	148
<i>JORGE E. CRUZ PONCE, IRASEMA Y. ZAMBRANO CAÑAMAR, GRISELDA GUERRERO GONZALEZ, BELEM E. CORONA GALAVIZ, JOSE LUIS TREVIÑO GONZALEZ, JESUS GONZALO DAVILA FLORES</i>	
FAMILY STUDY OF SENSORINEURAL HEARING DYSFUNCTION IN THE MACANAO PENINSULA, MARGARITA ISLAND, VENEZUELA.	140
<i>AURA DÍAZ DE PALACIOS, MARÍA ISABEL DE ALMADA, MERCEDES BELLO DE ALFORD, NELSIMAR PALACIOS, NELSON PALACIOS, ATANACIO VASQUEZ, RICARDO MATTEI</i>	
EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF SINONASAL LESIONS WITH MIDFACIAL DEGLOVING APPROACH IN 76 CASES.	152
<i>RUBÉN MORENO PADILLA, JUAN MARTÍN GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.</i>	
GINKGO BILOBA IN THE TREATMENT OF VESTIBULAR DISORDERS DUE TO VERTEBRO-BASILAR INSUFFICIENCY	156
<i>HENRYK KAZMIERCZAK, KATARZYNA PAWLAK-OSINSKA</i>	
CONCHA BULLOSA ASSOCIATED WITH CHRONIC SINUSITIS.	158
<i>MARICRUZ PRECIADO OLAIS, ALBERTO PINZON MUSIERA</i>	
SELECTION OF SPECIALTY AND PROFESSIONAL AFFINITIES IN OTOLARYNGOLOGY RESIDENTS IN MEXICO.	161
<i>GERMAN FAJARDO DOLCI, EDGAR NOVELO GUERRA, JOSÉ ÁNGEL GUTIÉRREZ MARCOS, MA. EUGENIA PONCE DE LEÓN</i>	

Rinitis Alérgica

spray
nasal

ASTELIN®

Azelastina

Nuevo



ASTELIN®

Azelastina

Solución

10 mg

Spray nasal

ASTELIN®
Azelastina

Solución

10 mg

Spray nasal

Fórmula: Cada 100 ml contiene...
Vehículo c.b.p. 100 ml. Via de acción...
médico señale. Su venta requiere...
de los niños. Consérvese en lugar...
Reg. No. 338M95 SSA.

Hecho por: ASTA Médica AO, S de RL
Distribuido en México por: Laboratorios...
Calzada de Tlalpan 550, 03510, México

sanfer®

PÁGINA DEL DIRECTOR

Cambios en el Cuerpo de Editores de los Anales

Como es aparente al hojear nuestra Revista, hay cambios en el grupo de personas que participan en su elaboración. Los puestos de Director-Editor y el Consejo Editorial persisten, pero el Consejo de Redacción desaparece, en tanto que son añadidos un Editor-en-Jefe y un grupo de Editores Asociados.

Esto responde a nuevas y mayores necesidades de trabajo en Anales de Otorrinolaringología Mexicana.

Desde que la revista nace bajo la dirección del Dr. Ricardo Tapia, la responsabilidad de la dirección y del trabajo editorial han recaído en una sola persona. Esto siempre fue pesado para el Director- Editor, quien ha sido no un profesional de la administración o de la edición de revistas, sino un otorrinolaringólogo practicante, a menudo saturado de labores en la práctica privada, institucional y académica.

A pesar de esto, durante casi medio siglo, se ha llevado a la revista, descontando algunas épocas negras, por camino de dignidad y de mejoría tanto en su presentación como en su contenido. Que cada vez es mas útil lo demuestra el hecho de que cada vez son mas frecuentes las quejas porque la revista "no llega". Antes, ni se fijaban si llegaba o no.

Pero en este momento nos encontramos ante situaciones que, al igual en la revista que en nuestras Sociedades, por un lado ofrecen oportunidades de desarrollo trascendente inconcebible hasta hace pocos años, pero por otro exigen un nivel de trabajo cuantitativa y cualitativamente mucho mayor.

El momento histórico que vivimos (para bien o para mal, pero inevitable) reclama una globalización en casi todas las actividades humanas y especialmente en la Medicina en todos sus aspectos. Meditemos en algunas señales aisladas, pero representativas del fenómeno.

En farmacoterapia, Allegra se receta y se vende en México apenas dos meses después de su aparición en su país de origen. Los procedimientos de imagen de avanzada, como la arteriografía digital, se realizan en todo el mundo con idéntica calidad, a pesar de sus altísimos costos de financiamiento. La cirugía de la roncopatía, aparecida en Japón, se universaliza en muy poco tiempo, al igual que la cirugía endoscópica en todas sus aplicaciones.

Por supuesto que estos fenómenos tienen un componente económico. Pero es evidente que a pesar de todos los obstáculos, naturales y fabricados por propios y por extraños, la mayoría de las naciones mejoran sus economías.

Es cierto que esto se niega respecto a nuestro País diciendo que cada vez hay mas pobres. Pero para quienes hemos vivido los tiempos en nuestra ciudad "de los Palacios" en que campesinos de calzón de manta y huaraches arriaban para su venta en Navidad a los cóconos vivos por las calles de la Colonia Cuauhtémoc, y en que a diario tocaban a las puertas de nuestra casa los pobres pidiendo un taco que comer, la alternativa de los "bluyins" y las camisetas con letreros en inglés molesta poco. Eramos 16 millones entonces, ahora somos 98. Habrá hoy mas pobres en cifras absolutas, pero muchos menos en términos porcentuales. Y nadie te pide un taco.

Las principales causas de la globalización son las comunicaciones. De sucesos e imágenes por televisión, de ideas por el internet, personales por los cada vez mas frecuentes viajes internacionales. Y comunicación global es información, que es educación, que es progreso.

La base del progreso de las naciones es la educación de sus habitantes. Hubo épocas en que los recursos naturales se consideraban esenciales, pero ¿de cuales recursos naturales goza Suiza? y aun mas ¿de que le han servido los yacimientos petroleros a las naciones del tercer mundo? Solo a Inglaterra y a Noruega, países con población educada.

Anales de Otorrinolaringología Mexicana es instrumento de educación. Nuestra obligación es incrementarlo y mejorarlo.

Uno de los caminos, el mas importante, es el de su globalización: que sea el vehículo para conocer a todo el mundo, y que gracias a el, nos conozca todo el mundo. Pero en esto siempre nos hemos topado con un obstáculo que ha sido infranqueable.

El único mecanismo para que trasciendan nuestros trabajos científicos ha sido, hasta ahora, el que aparezcan indexados en el *Index Medicus* y recientemente, en *Medline*. Estas son publicaciones de la National Library of Medicine, del gobierno de los E.U.A., una en forma de libro tradicional y la otra electrónica en la Telaraña Mundial ("World Wide Web"). Pues bien, a pesar de que cumplimos ampliamente los requisitos que ellos imponen, y que la calidad objetiva de nuestra revista supera la de muchas otras revistas por ellos indexadas, repetidamente nos han contestado nuestras solicitudes diciendonos que "no tenemos prioridad".

Mi muy mexicana paranoia me hubiera hecho brincar de rabia, si no fuera mitigada por el conocimiento, adquirido en una reunión reciente de Editores de revistas ORL de diversos países, que es mal de muchos. Pareciera

que el Español, el Alemán y el Francés, tampoco son "prioritarios".

Afortunadamente, el monopolio que gozaba un solo índice, de ser el único accesible internacionalmente, se ha acabado gracias a la actual tecnología. Ahora cualquiera puede aparecer en la Telaraña, y nosotros lo vamos a hacer.

Contamos con una página en el Internet, en donde deberá aparecer la totalidad de cada número de nuestra revista, accesible globalmente, desde antes de que se distribuya por correo. Esto no había sido implementado porque no teníamos acceso directo al servidor, porque no se había solicitado, porque no había quien dispusiera del tiempo para realizar el trabajo mecánico que implica la edición especial que requiere la colocación del material en la red.

Debemos también elaborar un índice de nuestra revista que incluya títulos, autores, temas e, idealmente, resúmenes en Español y en Inglés. También idealmente, que abarque desde su fundación.

Este índice también deberá estar en la red, porque es la única manera que pueda ser conocido y consultado instantáneamente desde cualquier punto del planeta.

Pero el índice de una revista no puede competir en popularidad con Medline, que es un índice de cientos de revistas. Necesitamos explorar la posibilidad de que se elabore un sistema de índice permanente en que participen, sin discriminación, todas las revistas de otorrinolaringología del continente americano que lo deseen y que cumplan con los requisitos lógicos. Esto se haría en colaboración con la Asociación Panamericana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, y para ello se ha convocado a una reunión de Editores de revistas de ORL de todas las Américas, en relación con el próximo Congreso Panamericano en Panamá.

La calidad y la utilidad de nuestros Anales mejorará a corto plazo, gracias a que el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, en la última versión de los "Requisitos uniformes para manuscritos destinados a revistas biomédicas" (publicadas en su totalidad en nuestra revista, en el número inmediato anterior a este), autoriza la publicación secundaria de un mismo trabajo cuando se dirige a otra audiencia y especialmente, cuando se hace en otro idioma.

Para aprovechar esto, hemos establecido acuerdos con varias de las más importantes revistas de ORL en Inglés para que ellas publiquen, traducidos al inglés, los trabajos de investigación cuya calidad y originalidad lo ameriten, y que se hayan publicado o vayan a publicarse en Español. Alternativamente, podremos traducir y publicar en Español en nuestra Revista artículos de particular interés didáctico o de información, que contribuyan a la educación de nuestros lectores. Mas trabajo.

Otra de nuestras necesidades urgentes consiste en mejorar la calidad de los escritos que se produzcan en nuestro país. Para ello, planeamos dos líneas de acción. La primera consistirá en escribir (o traducir) y publicar manuales realmente didácticos que traten de la mecánica (que en todas las actividades de la vida existe) de la publicación científica.

En la segunda, los editores asociados, pero también el Editor en Jefe y el Director- Editor, establecerán contacto personal con nuestros autores, con motivo de la edición de sus artículos, para que en espíritu de diálogo continuo mejore la calidad de su trabajo y del nuestro.

Había dos caminos para intentar el éxito de todos estos planes: contratar una empresa que se encargara de nuestra revista, con el consecuente costo elevado y pérdida de contacto con lo que es nuestro, o intentar organizar un grupo de trabajo para poder asumir las nuevas responsabilidades.

Esto último con las enormes ventajas de, por un lado, cambiar el estilo personal de dirigir la revista por uno de grupo, mas poderoso, mas eficaz y mas eficiente, y por el otro, de adiestrar a varias personas para un futuro que indudablemente incluirá la necesaria sucesión periódica en la dirección de la revista.

Afortunadamente fue fácil encontrar colegas con el suficiente talento, idealismo, amor a su Sociedad y capacidad comprobada de trabajo para garantizar el éxito de nuestra empresa.

Diré como alguna vez expresó mi amigo el Dr. Ignacio Ortega Domínguez cuando organizó en Guanajuato uno de los Congresos Nacionales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología: "con estos colaboradores, si nuestros propósitos no se cumplen, la culpa no puede ser mas que mía". Sus propósitos se cumplieron con creces. Esperemos se cumplan los nuestros.

LACERACIÓN DE LA MUCOSA SEPTAL, TRATAMIENTO CON KETANSERINA. DISEÑO EXPERIMENTAL.

SEPTAL MUCOSAL TEARS, TREATMENT WITH KETANSERINE, AN EXPERIMENTAL STUDY.

ALEJANDRA ARELLANO BÁRCENAS, RICARDO BERNARDINO SÁNCHEZ SÁNCHEZ,
LUZ MARÍA GÓMEZ.

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, México. D.F.

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la aplicación de ketanserina en ungüento al 2% acelera el cierre de las laceraciones de la mucosa septal producidas intencionalmente en conejos Nueva Zelanda al compararlas con un placebo con el mismo vehículo que la ketanserina (polietilenglicol). Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, experimental, comparativo y ciego, utilizando 10 conejos Nueva Zelanda divididos en dos grupos al azar, a los que se les realizó rinotomía lateral y bajo visión microscópica se laceró la mucosa septal incluyendo mucopericondrio. Posteriormente se aplicó ungüento con placebo (polietilenglicol) o ketanserina al 2% durante cinco días, tomando fotografía antes y después de la aplicación y muestras histológicas al primero, tercero y quinto días las cuales se analizaron en el departamento de Anatomía Patológica con tinción de hematoxilina-eosina. Se concluye que la ketanserina en ungüento al 2% acelera el cierre clínica e histológicamente (mayor cantidad de colágena y fibroblastos) al compararlas contra placebo. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Pickman Welch, obteniendo una $p < 0.05$

ABSTRACT

Object: To show that the use of ketanserine in ointment at 2% facilitates the closure of septal mucosal lesions that are intentionally made in New Zealand rabbits compared with a placebo ointment that has no ketanserine but contains the same base (polietilenglycol). We designed a longitudinal, prospective, experimental, double blind study in which ten New Zealand rabbits were assigned to one of two groups at random. A lateral rinotomy was made, and under microscopic vision the septal mucosa was lacerated, including its mucoperichondrium. The placebo or ketanserine ointment was applied during five days, photographs were taken before and after application and biopsies were performed at the first, third and fifth days. The samples were studied with hematoxilin-eosin preparations. The authors conclude that ketanserine ointment at 2% accelerates the closure clinically and histologically (greater amounts of fibroblast and collagen) when compared with placebo ointment. This was statistically significant at $p < 0.05$ with the Pickman Welch test.

INTRODUCCIÓN

Las perforaciones septales pueden causar importantes problemas en la función nasal. La causa más común de esta patología es una inadecuada resección submucosa en las técnicas rinoquirúrgicas (al realizar la disección en el plano submucoso y no en el subpericóndrico); otras causas incluyen criocirugía intranasal y cauterio para manejo de las epistaxis al realizarlas bilateralmente en las mismas áreas septales, formación de hematomas y abscesos septales postraumáticos y el uso de drogas como la cocaína la cuál daña la mucosa septal de dos maneras: al ser un vasoconstrictor disminuye el flujo sanguíneo para la nutrición del cartilago y además raramente se produce pura por lo que es frecuentemente combinada con

aditivos que por sí mismos son irritantes de la mucosa (lactosa, manitol, lidocaína, cafeína, heroína, anfetaminas, flúor, talco y bórax)¹.

Los síntomas ocasionados por las perforaciones septales que frecuentemente llevan al paciente a buscar ayuda médica son:

- 1.- Cuando son anteriores, la deformidad que producen en la columela, septum membranoso y dorso nasal.
- 2.- Epistaxis recurrente de los bordes de la perforación.
- 3.- Formación excesiva de costras, con rinitis crónica, mal olor y disturbios funcionales.
- 4.- Cefaleas.
- 5.- Obstrucción nasal al crearse un círculo vicioso de entrada y salida de aire a través de la perforación².

Por todo lo anterior las perforaciones septales deben tratar siempre de ser cerradas pese a la alta incidencia de recidivas. Existen múltiples tipos de abordaje para intentar el cierre de la perforación utilizando colgajos (nasal de base superior, de mucosa de pared externa de nariz, de los cornetes, de la mucosa

Premio al mejor trabajo de Investigación presentado en el XLVIII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, "Guadalajara 98"

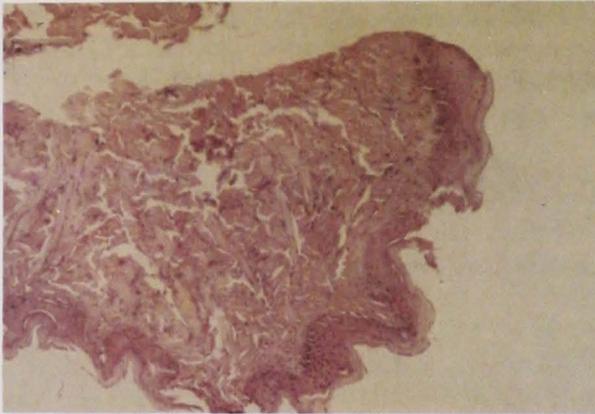


Figura 1. Corte histológico de mucosa septal de conejo sano.

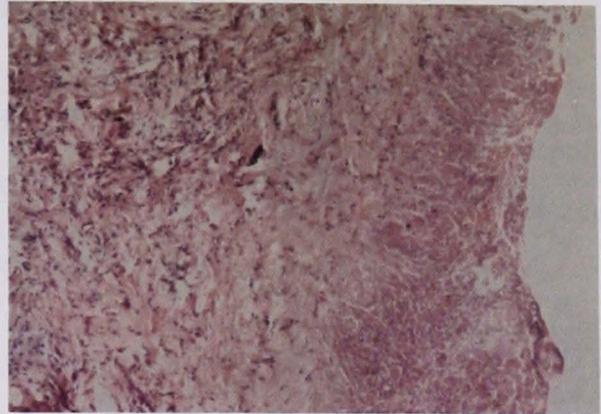


Figura 2. Corte histológico de mucosa septal al quinto día de aplicación de placebo.

labial) cuando miden menos de 1.5 cm de diámetro y reparación con hueso cortical mastoideo, fascia temporal, cartilago de la concha, piel o materiales aloplásticos como silicón cuando son mayores³.

Debemos tener en cuenta que las laceraciones de la mucosa septal durante los procedimientos quirúrgicos son muy frecuentes, no conocemos su incidencia ni prevalencia por falta de reportes estadísticos, y al ser el cartilago septal avascular y recibir toda su irrigación a partir de la mucosa, una laceración puede progresar fácilmente a perforación septal.

La ketanserina es un antagonista específico de los receptores de serotonina, y fue desarrollada primariamente para el tratamiento de la hipertensión.

Su administración por vía oral produce efectos hipotensivos inmediatos con un nivel sérico pico a las dos horas de la administración. Su vida media oscila entre 10 y 18 hrs, y es metabolizada en el hígado a ketanserinol, un metabolito inactivo.

Tiene como efectos adversos mareo, somnolencia, fatiga, hipotensión postural, cefalea y alteraciones gastrointestinales. Además del tratamiento de la hipertensión arterial, se ha utilizado en fenómeno de Raynaud, hipertensión durante la cirugía cardíaca y claudicación intermitente.

En forma tópica se utiliza en úlceras de la piel y quemaduras. La ketanserina relaja las células del músculo liso al inhibir la vasoconstricción que es inducida por la serotonina⁴ y bloquea la agregación plaquetaria⁵, lo que se traduce en formación de menos trombos y aumento del aporte sanguíneo, además de fomentar la división celular de fibroblastos y la síntesis de colágeno⁶. Todos estos efectos se han demostrado en células cutáneas humanas, pero aún no existe ningún trabajo realizado en mucosa. La absorción de ketanserina hacia la circulación después de la aplicación tópica es muy escasa⁷.

OBJETIVO

Demostrar que la aplicación de ketanserina en ungüento al 2% acelera el cierre de las laceraciones de la mucosa septal producidas intencionalmente en conejos Nueva Zelanda al compararlas con un placebo con el mismo vehículo que la ketanserina (polietilenglicol).

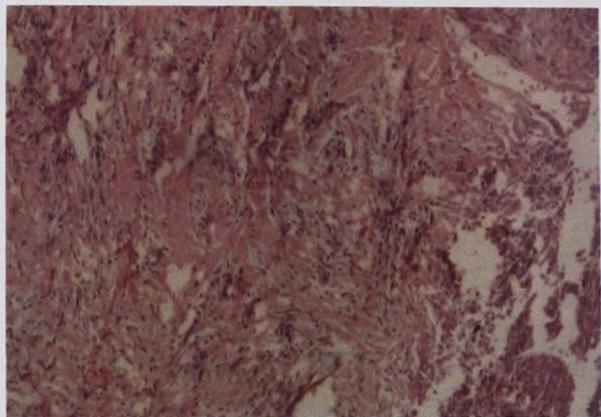


Figura 3. Corte histológico de mucosa septal al quinto día de aplicación de ketanserina al 2%. Nótese el aumento de fibroblastos y colágeno en comparación con la figura 2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, experimental, comparativo y doble ciego en el cuál se utilizaron diez conejos Nueva Zelanda sin importar sexo, de edad entre 4 y 5 meses y peso entre 3 y 4 Kg, sanos, verificando que no estuviesen preñadas, lo que se corroboró por palpación y a los cuales se les asignó un número del 1 al 10 al azar. Previa asepsia, antisepsia y anestesia con pentobarbital (20 mg por Kg), se les realizó un abordaje de la mucosa septal a través de una incisión a partir del tercio inferior del dorso nasal dirigida hacia el vértice del ala nasal (rinotomía lateral izquierda), disecando por planos y localizando el cartilago septal y los huesos nasales. Con tijera de Iris, bajo visión microscópica, se realizó una laceración en la mucosa septal de aproximadamente 5 mm cuadrados que incluía mucopericondrio, sin lesionar cartilago, tomando fotografías antes y después de la laceración. Diariamente durante 5 días se aplicó ungüento

proporcionado por el laboratorio Janssen Farmacéutica S.A. de C.V. tomado de tubos numerados del 1 al 10 que contenían ketanserina al 2% o polietilenglicol. El investigador desconocía que contenía cada frasco, cuidando que la única relación fuera que a cada conejo siempre se le aplicará el frasco con el mismo número. Se tomó biopsia el primero, tercero y quinto día de un caso y un control (se escogió los conejos por una tercera persona que abrió los sobres sellados que contenían la información sin que el investigador conociera el resto de la información). A partir del segundo día solo fueron sedados los conejos y se levantó el colgajo de la rinotomía lateral que se afrontó solo por un punto de sutura no absorbible. Las muestras histológicas fueron teñidas con hematoxilina-eosina y analizadas en el departamento de Anatomía Patológica del hospital por dos patólogos que desconocían la información.

RESULTADOS

La ketanserina aceleró el cierre de las laceraciones septales al compararlas con el placebo (polietilenglicol) como lo de-

muestra la secuencia de figuras mostradas, manifestandose desde el segundo día de aplicación.

Además favoreció el depósito de colágeno y el aumento de fibroblastos como lo demuestra la siguiente secuencia de figuras histológicas al quinto día de aplicación, las que se comparan con una muestra histológica de mucosa septal de conejo sano (figuras 1-3).

Se realizó el análisis estadístico con la prueba de Pickman Welch obteniéndose una $p < 0.05$ por lo que si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo al que se le aplicó placebo (polietilenglicol) comparado con el grupo al que se le aplicó ketanserina en unguento al 2%.

CONCLUSIONES

La ketanserina en unguento al 2%, acelera el cierre clínica e histológicamente de las laceraciones de la mucosa septal producidas intencionalmente en conejos Nueva Zelanda al compararlas con un placebo con el mismo vehículo que la ketanserina (polietilenglicol).

BIBLIOGRAFÍA

1. Meyer. Nasal septal perforations must and can be closed. *Aesth Plas surg* 1994;18:345-355
2. Hussain. Tragal cartilage inferior turbinate mucoperiosteal sandwich graft technique for repair of nasal septal perforations. *Journal Laryngology Otolaryngology* 1992;106:893-95
3. Bailey. Head and Neck Surgery Otolaryngology. J.B. Lippincott Company, Philadelphia Vol I pag 413-428, 1993
4. Van Nueten JM, Janssen PAJ, Van Beek J, Xhonneux R, Verbeuren TJ, Vanhoutte PM Vascular effects of ketanserine (R 41 468), a novel antagonist of 5 HT₂ serotonergic receptors. *J Pharmacol. Exp. Ther* 1981; 218-217
5. De Clerck F, David JL, Janssen PAJ. Inhibition of 5-hydroxytryptamine induced and amplified human platelet aggregation by ketanserine (R 41 468), a selective 5 HT₂ receptor antagonist. *Agents Actions* 1982;12:388
6. Kellens P. Effects des antagonistes des récepteurs S₂ de la sérotonine sur les fonctions des fibroblastes Unpublished report, 1988
7. Michiels M, Monbaliu J, Meuldermans W, Hendriks R, Geerts R, Woestenborghs R, Heykants J. Pharmacokinetics and tissue distribution of ketanserine in rat, rabbit and dog. *Arzneimittelforsch.* 1988;38(1):775

LESIÓN TUMEFACATA FIBROINFLAMATORIA DE CABEZA Y CUELLO. PRIMER CASO COMUNICADO EN MÉXICO

HEAD AND NECK TUMEFACTIVE FIBROINFLAMMATORY LESION. FIRST CASE REPORTED IN MEXICO

JAQUELINE RAMÍREZ ANGUIANO, MARIO HERNÁNDEZ PALESTINA
Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX. México D.F.

RESUMEN

Se comunica por primera vez en México el hallazgo de un caso de "lesión tumefacta fibroinflamatoria de cabeza y cuello". Es una entidad rara, histológicamente benigna y localmente agresiva, descrita por primera vez en 1975, y de la que se han comunicado solamente 22 casos en la literatura mundial. El paciente, masculino de 47 años, presentaba tumor maxilar izquierdo de 4 cm de diámetro, duro, fijo, no doloroso y sin cambios de la piel supra yacente. Una tomografía computada mostró masa hipodensa anterior al seno maxilar izquierdo con destrucción de su pared. Fue sometido a resección total de una masa de color gris, firme, homogénea, bien delimitada y sin cápsula, compuesta por tejido fibroso maduro, linfocitos y polimorfo nucleares dispersos. Esta lesión semeja tiroiditis de Riedel, mediastinitis fibrosclerosa, colangitis esclerosante y fibrosis retroperitoneal. El paciente se encontraba libre de tumor en una revisión seis meses posterior a su tratamiento.

ABSTRACT

We are reporting the first case in Mexico of a "head and neck tumefactive fibroinflammatory lesion," a rare tumor of benign histological appearance but locally destructive behaviour. Twenty-two cases have been described since first reported in 1975. The patient, a 47-year old male, presented a 4-cm diameter fixed, hard, painless tumor in the left cheek, without skin changes. A computed tomography showed a low density mass in front of the left maxillary sinus, eroding its anterior wall. A gray, hard, homogeneous mass non capsulated but well limited, was totally removed. The histological examination showed mature fibrous tissue, lymphocytes and scattered neutrophils. This lesion resembles Riedel thyroiditis, fibrosing mediastinitis, sclerosing cholangitis and retroperitoneal fibrosis. The patient was found tumor free six months after surgery.

INTRODUCCIÓN

La lesión tumefacta fibroinflamatoria de cabeza y cuello (LTFICC) se describió por primera vez en 1975 por Rice y cols.¹, sin embargo hasta 1983 Wold y Weiland² utilizan el término por primera vez. Es una entidad rara que semeja una lesión clínicamente maligna e invasiva pero histológicamente benigna². Histopatológicamente es idéntica a otras enfermedades fibrosclerosantes; como son, la tiroiditis de Riedel, la mediastinitis esclerosante, la colangitis esclerosante y la fibrosis retroperitoneal³. Clínicamente presentan invasión local, sin embargo el examen histológico muestra un proceso benigno, caracterizado por la proliferación de tejido fibroso maduro con neutrófilos dispersos y linfocitos. A partir de 1975 se han informado en la literatura 22 casos. Se describe un caso sobre ésta patología así como se lleva a cabo una revisión de la literatura.

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Paciente del sexo masculino de 47 años de edad originario de Veracruz y residente del D.F., con historia de tabaquismo de una cajetilla diaria de los 18 a 46 años. Se le diagnosticó colitis crónica inespecífica en julio de 1996 y derrame pleural izquierdo infeccioso en julio de 1996 resuelto médicamente. Tiene un padecimiento actual de tres meses de evolución caracterizado por aumento de volumen maxilar izquierdo,

duro, fijo, no doloroso y sin cambios tróficos o de coloración en la piel. Acudió con facultativo quién inició antimicrobianos y antiinflamatorios sin presentar mejoría, por lo cuál es enviado a nuestro servicio. A la exploración física se encontró un aumento de volumen maxilar izquierdo de 4 x 4 cm., duro, fijo, no doloroso y sin cambios de la piel supra yacente. Se le practicó una tomografía computada de nariz y senos paranasales con medio de contraste (fig. 1) que mostró una masa hipodensa anterior al seno maxilar izquierdo con destrucción de la pared anterior y engrosamiento marginal de la mucosa. Se le practicó una biopsia incisional vía sublabial siendo el diagnóstico histopatológico de inflamación crónica inespecífica. Una semana después por la misma vía fue sometido a resección total de la lesión, encontrándose una masa de color gris, firme, homogénea, bien delimitada y sin cápsula, siendo el diagnóstico histopatológico definitivo de LTFICC (fig 2). Evolucionó satisfactoriamente. Se solicitó control tomográfico (fig. 3) seis meses después que mostró ausencia de la masa previa, pero con una imagen hipodensa en la cabeza del cornete inferior izquierdo y engrosamiento de la mucosa del seno maxilar izquierdo, por lo que se le administró prednisona 1mg/Kg con dosis decrecientes cada 5 días, evolucionando satisfactoriamente sin datos clínicos sugestivos de enfermedad.

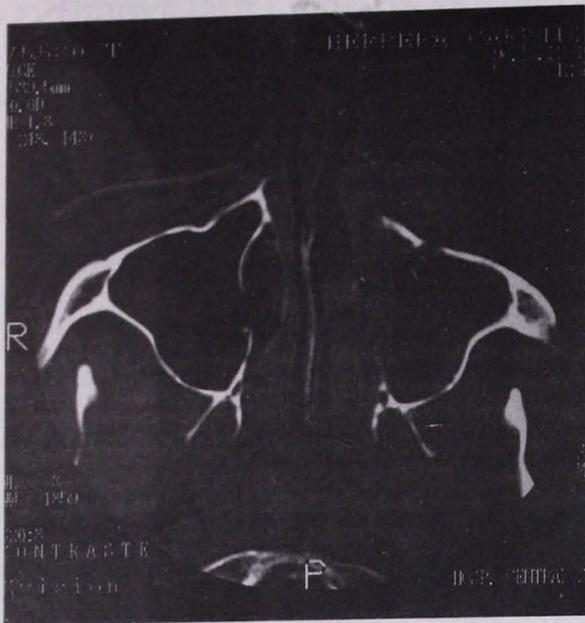


Figura 1. Tomografía computada de nariz y senos paranasales con medio de contraste (corte axial), en donde se observa una masa hipodensa anterior al seno maxilar izquierdo con destrucción de la pared anterior y engrosamiento marginal de la mucosa.

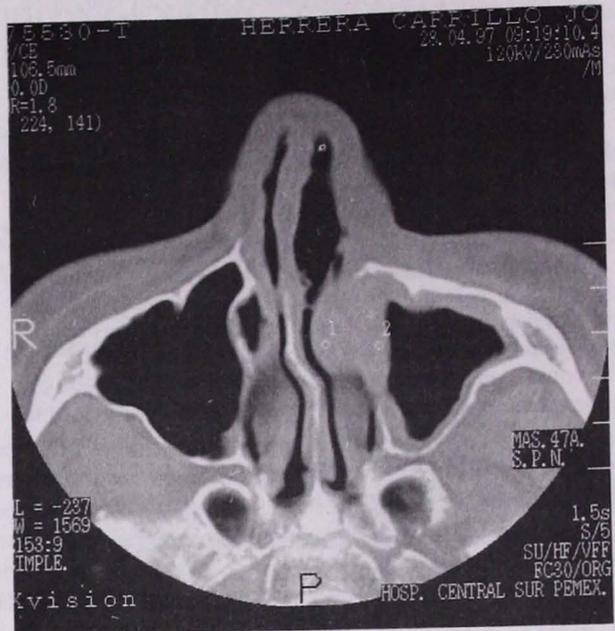


Figura 3. Control tomográfico de nariz y senos paranasales (corte axial), que muestra ausencia de la masa previa, pero con una imagen hipodensa en la cabeza del cornete inferior izquierdo y engrosamiento de la mucosa del seno maxilar izquierdo.

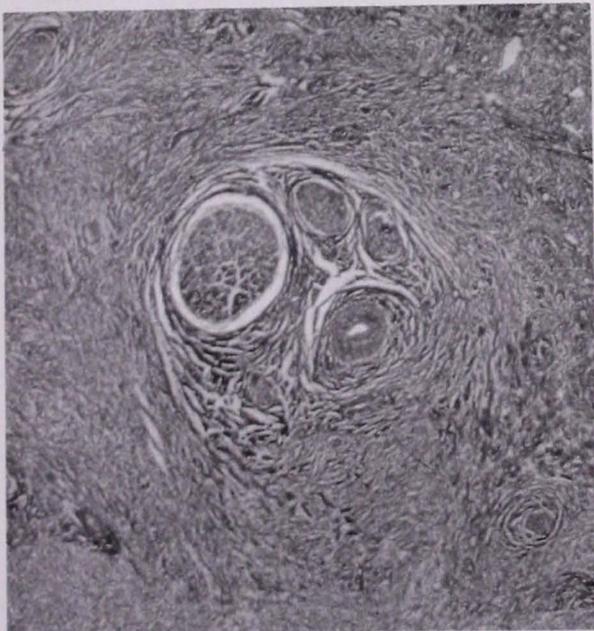


Figura 2. Estudio histopatológico que muestra fibrosis, linfocitos y neutrófilos dispersos.

DISCUSIÓN

La lesión tumefacta fibroinflamatoria de cabeza y cuello fue descrita por primera vez en 1975 por Rice y cols.¹, sin embargo hasta 1983 Wold y Weiland² utilizan el término por primera vez. Desde entonces sólo se han descrito 22 casos en la literatura. La etiología es desconocida, se ha mencionado que debe existir una periarteritis⁶ como base para formarse la lesión fibroinflamatoria en cualquier localización de la cabeza y cuello. La edad de presentación es entre los 10 a 71 años⁷, siendo más frecuente en la quinta y sexta década de la vida y no existe predilección de sexo. Las localizaciones más frecuentes son en nariz y SPN⁵, cuello particularmente en parótida, cara, mandíbula y lengua⁷. Se manifiesta como masas dolorosas clínicamente sugestivas de invasión local, epistaxis, proptosis y obstrucción nasal⁴. Es necesario practicar estudio de tomografía computada o RM de la región, en la que se observa una lesión invasiva y destructiva que sugiere malignidad⁷.

El diagnóstico se basa en el estudio histopatológico. La biopsia por aspiración con aguja fina no es adecuada por lo que la biopsia excisional es la indicada⁷. Macroscópicamente se observa una masa de color gris a canela, firme, homogénea, bien delimitada y sin cápsula; microscópicamente se compone de tejido fibroso maduro y linfocitos así como polimorfonucleares dispersos, con localización periarterial que envuelve vasos y ramas nerviosas³.

Histopatológicamente ésta lesión es similar a la Tiroiditis de Riedel, mediastinitis fibroesclerosa, colangitis esclerosante y fibrosis retroperitoneal. En el 23% se pueden presentar

lesiones multifocales⁷. Estas patologías se han asociado a enfermedades autoinmunes, medicamentos, trauma y radiación; mismos que no se han demostrado como factores causales de la lesión tumefacta fibroinflamatoria de cabeza y cuello.

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran el tumor desmoide, la fibromatosis y la fascitis nodular, que pueden presentar un curso más agresivo e histológicamente presentan un patrón vascular e inflamatorio diferente así como mayor celularidad y mitosis³.

Entre los tratamientos indicados se encuentran la excisión completa de la lesión o esteroides orales en dosis altas. Los pacientes que presentaron lesiones en senos maxilares fueron manejados con cirugía sin evidencia de resurgencia^{3,4,5}. Algunos autores mencionan que el uso de esteroides es útil, sin embargo otros refieren que la respuesta puede ser parcial y la

lesión puede crecer nuevamente al terminar de administrarlos⁷. La dosis, el tiempo de respuesta y el tiempo de administración no se ha establecido y existen complicaciones a futuro. Se refiere que pueden administrarse 40 a 80 mg/día de prednisona por 6 a 8 semanas o por meses y posteriormente continuar con dosis de mantenimiento de 10-20 mg/día. En caso de resurgencia o refractariedad a la cirugía o los esteroides se ha utilizado la radioterapia con control adecuado de la lesión¹. El caso que se presenta fue sometido a excisión completa de la lesión y posteriormente manejado con prednisona a dosis de 1 mg/Kg de peso en dosis decrecientes con evolución satisfactoria.

A pesar de los tratamientos antes mencionados estas lesiones tienden a recidivar localmente, por lo que el seguimiento debe ser a largo plazo por la posibilidad del desarrollo de otra lesión.

BIBLIOGRAFIA

1. Rice D, Batsakis J, Coulthard S. Sclerosing cervicitis: Homologue of sclerosing retroperitonitis and mediastinitis. *Arch Surg* 1975; 110:120-2
2. Wold L, Weiland L. Tumefactive fibroinflammatory lesions of the head and neck. *Am J Surg Pathol* 1983; 7:477-82
3. Olsen K, Desanto L, Wold L, Weiland L. Tumefactive fibroinflammatory lesions of the head and neck. *Laryngoscope* 1986; 96: 940-4
4. Said H, Razi A, Akmal N, Lokman S. Tumefactive fibroinflammatory lesion of the head and neck. *J Laryngol Otol* 1988; 102: 1064-7
5. Prichard A, Bardon R, Heaton J. Tumefactive fibroinflammatory lesion of the head and neck. *J Laryngol Otol* 1990; 104: 797-800
6. Frankenthaler R, Batsakis J, Suárez P. Pathology consultation: Tumefactive fibroinflammatory lesions of the head and neck. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993; 102: 481-2
7. Laurenzo J, Graham S. Tumefactive fibroinflammatory lesion of the head and neck: A management strategy. *ENT* 1995; 74: 87-92

ESTUDIO FAMILIAR DE TRASTORNOS AUDITIVOS NEUROSENSORIALES EN LA PENÍNSULA DE MACANAO, ISLA DE MARGARITA, VENEZUELA

FAMILY STUDY OF SENSORINEURAL HEARING DYSFUNCTION IN THE MACANAO PENINSULA, MARGARITA ISLAND, VENEZUELA.

AURA DÍAZ DE PALACIOS, MARÍA ISABEL DE ALMADA,
MERCEDES BELLO DE ALFORD, NELSIMAR PALACIOS, NELSON PALACIOS,
ATANACIO VASQUEZ, RICARDO MATTEI
Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue el de presentar la prevalencia de trastornos auditivos neurosensoriales en familias residentes de la Península de Macanao, Isla de Margarita, Venezuela. Se evaluaron 24 familias, (329 individuos) entre 1995 y 1997. Existe una alta prevalencia de sorderas neurosensoriales en estas familias, 1.38:1 000. Observamos 15 sordos ciegos, todos con sorderas profundas y retinitis pigmentosa características del síndrome de Usher. De las 24 familias estudiadas 15 de ellas referían lazos de consanguinidad. Este estudio demostró que la consanguinidad es ampliamente practicada en esta comunidad. El factor geográfico es muy importante, las pequeñas poblaciones están ubicadas en una zona aislada de la isla y los habitantes tienen poca comunicación con los vecinos.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present the prevalence of hearing impairment among family members of Macanao, Margarita Island, Venezuela. A survey of 24 families (329 individuals) was carried out from 1995-1997. There is a high prevalence of sensorineural hearing loss in these families: 1.38:1000. We observed 15 deaf and blind subjects, all of whom had profound hearing impairment and retinitis pigmentosa characteristic of Usher's syndrome. There was consanguinity in 15 of the 24 families. This study showed that consanguineous marriage is widely practiced in this community. The geographic factor is very important, the little towns are located in an island, and the people have little communication with their neighbours.

INTRODUCCIÓN

El estado Nueva Esparta, ubicado en la región nororiental de Venezuela, está integrado por las islas de Margarita, Coche y Cubagua, quienes comparten un conjunto de características comunes determinadas por el ambiente marino que las rodea.

Margarita está constituida por dos zonas montañosas independientes unidas por un cordón litoral arenoso. La zona oriental es la conocida comercialmente como Margarita, tiene condiciones geográficas, sociales, económicas y culturales diferentes.

Con la aprobación del puerto libre recibió un gran impulso económico y gran auge turístico, modificando totalmente las estructuras anteriormente mencionadas. La zona occidental recibe el nombre de península de Macanao, es la menor de las dos y la menos poblada, motivo de nuestro estudio. El cordón arenoso que une a Macanao con el resto de la isla se llama La Restinga y tiene una longitud de 22 Km, esta Restinga da el nombre a la famosa laguna formada por un conjunto de canales, caños y lagunas interiores rodeadas de mangles, se abre al mar por el lado sur pero recibe pequeñas cantidades de agua por filtración a través del cordón arenoso.

En Macanao el paisaje es xerófilo el ambiente austero, y la tierra árida, los conucos se abandonaron y la gente se fue trasladando buscando otras alternativas.

Macanao es el último reducto de la vieja Margarita y hasta que no se construyó el puente de La Restinga estaba completamente aislada, conservando hasta el momento actual la esencia tradicional de la idiosincrasia insular margariteña.

Estos aspectos geográficos señalados tienen gran importancia para entender el alto índice de consanguinidad en las parejas y nos permitió realizar un estudio de grupos familiares que constituyen pequeñas poblaciones a lo largo de la costa. La inquietud de analizar los niveles de audición en estos poblados se originó al tener información verbal de habitantes de Boca de Río, capital del distrito, de que existían muchos "mudos", nombre popular dado en toda la península a los sordos pre-lingüísticos.

El mecanismo de audición en el hombre es muy complejo, cuando el individuo nace sordo o pierde la audición antes de los tres años de edad, se considera

sordo pre-lingüístico lo cual reemplaza el viejo término de "sordomudo".

La incidencia generalmente aceptada de sordera pre-lingüística es de 1 en 1000 nacimientos², hay variables pero las cifras son bastantes similares en los diferentes estudios³. Al 50% de estas sorderas se le atribuyen causas genéticas, al 25% causas adquiridas (rubeola, meningitis, citomegalovirus) y 25% no identificables.

En Venezuela, los datos reportados según las estadísticas del Ministerio de Educación⁴ fueron para 1995 de 2827 niños con déficit auditivo inscritos en escuelas especiales.

Estas cifras no representan la realidad ya que muchos niños sordos no son registrados por no tener escolaridad.

Las pérdidas auditivas pueden ser divididas en categorías sindrómicas⁵ de acuerdo a la presencia o no de síntomas otológicos que acompañan la sordera (Waardenburg, Usher).

La proporción de este tipo de sordera varía de 20%⁶ a 70%^{7,8}.

Algunos autores⁹ estiman que para la sordera hereditaria pre-lingüística, el modelo autosómico dominante es del 27%; para los modelos autosómicos recesivos 70%; para los modelos ligados al cromosoma X 2% y para la herencia mitocondrial 1%. Los criterios¹⁰ que se usan para definir sorderas no sindrómicas se basan en las siguientes variables:

- Modo de herencia: (dominante, recesiva, ligada al sexo, mitocondrial)
- Edad de comienzo: nacimiento, infantil, adulto joven.
- Severidad de la sordera: moderada o profunda.
- Oídos comprometidos: derecho, izquierdo, ambos.
- Tipo de sordera: neurosensorial, conductiva, mixta.
- Frecuencia comprometidas, morfología de la curva.
- Frecuencia de afección vestibular.
- Malformación del oído externo.
- Modo de transmisión¹⁰.

Herencia autosómica dominante

En una familia con sordera hereditaria autosómica dominante causada por un gen altamente penetrante la identificación del modo de transmisión es relativamente fácil si se realiza un árbol genealógico. Los rasgos genéticos dominantes deberían aparecer con una probabilidad de 50/50.

Dado que solamente un gen defectuoso es todo lo requerido para que una persona manifieste el defecto y como los niños reciben un miembro de cada par de genes es realmente claro como el modelo vertical de herencia dominante aparece con transmisión de la característica de una generación a otra.

Herencia autosómica recesiva.

Cuando una persona tiene una "tara" recesiva debe tener 2 genes anormales, uno heredado de cada padre, así los defectos que son recesivos frecuentemente aparecen entre los hijos de padres fenotípicamente normales, ambos portadores de un solo gen recesivo de la tara. El estado de portador para muchas taras recesivas, es detectable mediante el desarrollo de procedimientos especiales de investigación, que se realizan en laboratorios de genética.

Cuando un defecto genético recesivo raro es descubierto, se debe realizar un árbol genealógico muy cuidadoso buscando consanguinidad entre los padres. Cuando ésta se demuestra, se presume que dos copias del mismo gen anormal han sido transmitidas por ambos lados de la familia y aparece en el niño afecto en una doble dosis.

En herencia recesiva, cuando ambos padres son portadores, las oportunidades de recibir dos copias del gen y mostrar el fenotipo son de 25%.

Herencia ligada al cromosoma X:

El modelo de herencia ligada a X es familiar para muchos debido a la ocurrencia de hemofilia en las familias reales de Europa. Los defectos ligados a X se expresan solamente en hombres y las mujeres transmiten el problema a sus hijos. Muchas taras, incluyendo ciertas formas de sordera son ligadas a X.

Trastornos auditivos mitocondriales¹¹:

La herencia mitocondrial es considerada como responsable del 1% de todas las pérdidas auditivas genéticas. La expresión clínica de enfermedades mitocondriales varía de acuerdo a la proporción de mitocondrias que contiene el DNA mutado en los diferentes tejidos. Recientemente alteraciones en el DNA mitocondrial han sido asociadas con trastornos auditivos.

Complejos Sindrómicos

Síndrome de Usher¹²

Es un trastorno genético, caracterizado por la asociación de retinitis pigmentosa con sordera neurosensorial. Es heredada como una tara autosómica recesiva y se divide clínicamente en tres tipos:

- USH 1: Ausencia de función vestibular, sordera profunda congénita, inicio de la retinitis antes de la edad de 10 años.
- USH 2: Función vestibular normal, pérdida auditiva para las frecuencias agudas y comienzo tardío de la retinitis pigmentosa.
- USH 3: Disfunción audio-vestibular progresiva por décadas y comienzo variable de retinitis pigmentosa.

La frecuencia del síndrome ha sido estimada en 3 por 100.000 en Escandinavia y 4.4 por 100.000 en EEUU.

TABLA I
Cifras Absolutas

Poblados	Población	Sordos	Sordos/ ciegos
Boca de Río	10 540	0	0
Boca de Pozo	5 373	6	5
Robledal	1 645	1	2
San Francisco	1 236	5	3
Manglillo	706	0	5
Totales	19 500	12	15

TABLA II
Prevalencia por 1 000 habitantes

Poblados	Sordos	Sordos/ /Ciegos
Boca de Río	0	0
Boca de Pozo	2.04	0.93
Robledal	1.82	1.21
San Francisco	6.47	2.42
Manglillo	0	7.82
Totales	1.38	0.76

TABLA III
Distribución por edad y sexo.

Edad	Hombres	Mujeres
1 a 10	2	2
11 a 20	4	3
21 a 30	1	1
31 a 40	1	3
41 a 50	1	3
51 a 60	2	3

*Método Graffar Modificado*¹³:

El método Graffar modificado se utiliza para la estratificación social. Fue aplicado por primera vez en Venezuela, por el Dr. Hernán Méndez Castellano en el estudio piloto del Proyecto Venezuela.

Se basa en cuatro criterios:

- 1. Profesión del jefe de familia.
- 2. Nivel de instrucción de la madre.
- 3. Fuentes de ingreso.
- 4. Condiciones de alojamiento.

A cada criterio se le asigna una ponderación del 1 al 5 y según la sumatoria de las cuatro categorías se le asigna el estrato correspondiente, de la siguiente manera: 4 a 7 puntos, estrato I; 8 a 10 puntos, estrato II; 11 a 13 puntos, estrato III; 14 a 16 puntos, estrato IV; 17 a 20 puntos, estrato V.

POBLACION Y METODOLOGIA:

Se seleccionó una muestra de 24 familias con uno o más miembros con sordera.

Se les realizó historia clínica previamente diseñada, con énfasis en antecedentes familiares y personales de sordera, examen físico ORL, estudio audiológico y encuesta de factores sociales, económicos y educacionales (método Graffar).

Para la exploración física se utilizó un equipo de ORL y para la evaluación audiológica un audiómetro portátil marca Maico, modelo 41.

Se organizó un equipo de trabajo compuesto por:

- Médico otorrinolaringólogo residente en de la zona.
- Médicos investigadores de la Universidad Central de Venezuela (UCV).
- Técnico audiólogo de la UCV.
- Asesor en análisis estadístico.
- Estudiante de Medicina de la UCV.

La investigación se realizó en varias etapas, implementando varios viajes a la Península de Macanao. Se efectuaron visitas domiciliarias, se realizaron los árboles genealógicos, las historias clínicas, examen físico y audiometrías en campo libre.

RESULTADOS

Se encuestaron 24 familias residentes en la Península de Macanao, con un total de 329 individuos distribuidos en las siguientes poblaciones: Boca de Río, Boca de Pozo, Robledal, San Francisco, El Manglillo.

Se detectaron 27 individuos con sordera (16 femeninos y 11 masculinos), de ellos, presentaban sorderas aisladas 11 (6 mujeres y 5 hombres), y sordera asociada a un complejo sindrómico 16 (6 hombres y 10 mujeres). En 15 de ellos la asociación fue con retinitis pigmentosa, y en un sujeto(mujer) fue con mucopolisacaridosis.

En las familias encuestadas se observaron otras malformaciones no auditivas tales como enanismo, retardo mental, hendidura palatina, trastornos de pigmentación y cardiopatías congénitas para un total de 9 individuos.

Correlación con el índice de población general:

Numero de habitantes de la Península de Macanao: 19.500¹⁴

Numero de individuos con trastornos auditivos neurosensoriales familiares: 27

Prevalencia por 1000 habitantes: 1.38.

La Tabla I muestra las cifras absolutas obtenidas durante la recolección de datos, y la Tabla II la prevalencia de sordera en cada uno de los poblados estudiados.

En cuanto a la relación de edad y sexo, hubo mayor prevalencia del sexo femenino sobre el masculino (59 vs 41%), y la Tabla III muestra que el grupo etario con mayor número de personas afectadas se encontraba en la segunda década de la vida.

De 24 familias estudiadas 15 tenían relaciones de consanguinidad.

En cuanto a los factores sociales las 24 familias fueron ubicadas en los estratos IV y V del método Graffar modificado.

CONCLUSIONES:

Existe una alta prevalencia de trastornos auditivos neurosensoriales familiares en la Península de Macanao Isla de Margarita (1.38 X 1000).

Para una población de 19.500 habitantes se encontraron 15 sordos –ciegos, correspondientes clínicamente al complejo sindrómico de Tipo Usher caracterizado por sordera profunda y retinitis pigmentosa con una prevalencia de 0.76 por 1000, lo cual es muy elevado con relación a las publicaciones mundiales. Pensamos que esta prevalencia pudiera ser explicada por el alto índice de consanguinidad observado en las familias estudiadas.

Se encontró predominio del sexo femenino sobre el sexo masculino de 1.45:1

Los arboles genealógicos de las familias estudiadas permitieron establecer que el modo de transmisión de la sordera se llevo a cabo por herencia autosómica recesiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Cervigon Fernando, Gasparini Paolo. Islas de Venezuela. Fundación Polar. Oscar Todmann Editores, 1989
2. Fraser GR. Profound childhood deafness. *J Med Genetic* 1964; 1-18
3. Morton NE. Genetic epidemiology of Hearing. *Ann NY Academic Science* 1991; 630:16
4. Ministerio de Educación de Venezuela. División de educación especial, 1995
5. Kimberling William. The exploding field of genetic hearing loss. *Otolaryngology head and neck surgery*, second edition. Update I. Editors: C Cumming. Editorial Morby 1995
6. Fraser GR. Profound childhood deafness. *J Med Genetic* 1964; 1-18
7. Brown KS. The genetics of childhood deafness. Mc Conell and Ward Ph Editors. *Deafness in childhood* Nashville. Vanderbilt University Press. Ch 12:177, 1967
8. Chung CS. A note on deaf mutism. *Ann Hum Genetic* 1959; 23:357
9. Nance, Mc Conell. Status and prospect of research in hereditary deafness. Harris H and Hirschhorn. K Editors, *Advances in human genetic*. New York, Plenum Press, 1973; 4:175-250
10. Chan Kenny, Sensorineural hearing loss in children hereditary deafness. *Clin NorthAmerican ORL*. 1994; 27:473-485
11. Anad Mhate PhD, Anil Laiwani. Molecular genetic of deafness. *Clin NorthAmerican ORL*. 1996; 29:421-435
12. R Smith et al. Clinical Diagnosis of the Ushers Syndromes. *American Journal of Medical Genetics* 1994; 50:32-38
13. Mendez CH. *Archivo Venezolano de Puericultura y pediatría*. 1986; 49: #3 y #4
14. Oficina Central de Estadística e Informática

HALLAZGOS AUDIOLÓGICOS EN PACIENTES CON HIPOACUSIA SÚBITA MANEJADOS CON ESTEROIDES Y EXTRACTO DE GINKGO BILOBA

AUDIOLOGIC FINDINGS IN PATIENTS WITH SUDDEN HEARING LOSS TREATED WITH STEROIDS AND EXTRACT OF GINKGO BILOBA

ILEANA DEL SOCORRO GUTIÉRREZ FARFAN, MAYRA NORMA RAMÍREZ VARGAS,
JULIO CESAR A. MENA AYALA

Instituto Nacional de la Comunicación Humana, México, D.F.

RESUMEN

Propósito: Evaluar los resultados audiológicos en pacientes con hipoacusia súbita manejados con Ginkgo biloba y esteroides. Así mismo, evaluar el efecto de este tratamiento médico sobre el acúfeno que surge como secuela del padecimiento. *Material y Métodos:* Se realizó un estudio prospectivo, lineal y descriptivo, en el cual se revisó una muestra de 52 pacientes. Se administró tratamiento a base de esteroides y extracto de Ginkgo biloba. A todos los pacientes se les realizaron audiometrías seriadas cada 8 o 10 días hasta que se encontró estabilidad audiométrica. *Resultados:* En los umbrales de tonos puros, se observó mejoría de 1 a 30 dB HL en el 36.8% de los pacientes, de 31-60 dB HL en el 40.3% y de 61-90 dB HL en el 7.0%. La discriminación mejoró en el 61.66%. El acúfeno mostró mejoría importante en todos los casos. *Conclusión:* Aunque se ha reportado que en la hipoacusia súbita puede existir recuperación espontánea, la combinación de esteroides con extracto de Ginkgo biloba produjo recuperación en los umbrales de audiometría tonal y mejoría en la discriminación en la mayoría de los casos estudiados, incluso en pacientes que tenían de 1 a 2 meses de evolución y en los que no había existido mejoría espontánea. La recuperación no fue completa, pero sí útil para obtener umbrales aceptables para la rehabilitación mediante una prótesis auditiva.

ABSTRACT

Objective: To evaluate an option for the medical treatment of sudden hearing loss and the management of its sequels, specially tinnitus. *Materials and Methods:* A prospective and descriptive analysis was carried out in 52 patients with sudden hearing loss. All cases were treated with steroids and an extract of Ginkgo biloba. All patients underwent serial audiometries each eight or nine days until there were no more audiometric changes. *Results:* An improvement of 1-30 dB HL was found in 36.8 percent of the patients, 40.3 percent of the cases showed an improvement of 31-60 dB HL; finally, an improvement of 61-90 dB HL was found in 7.0 percent of the patients. Speech discrimination was improved in 61.66 percent of the cases. Auditory discrimination was improved in 61 percent of the cases. Tinnitus was decreased in all cases. *Conclusion:* Sudden hearing loss may recover spontaneously. However the combination of steroids and extract of Ginkgo biloba produced an improvement on the pure tone average and the speech discrimination in most of the patients of this study group, including those patients treated 1-2 months after the onset. Although the recovery was not complete, the improvement makes possible the rehabilitation of these patients with hearing aids.

INTRODUCCIÓN

Se puede considerar hipoacusia súbita cuando existe una pérdida auditiva mayor de 30 dB HL, que se desarrolla en tres frecuencias consecutivas y que ocurre en menos de tres días^{1,2}, sin embargo esta definición puede incluir también a pacientes con menor grado de pérdida auditiva (20 dB HL)³.

Se ha reportado una incidencia de 1:10,000⁴ con frecuencias similares en todos los grupos de edad. La pérdida auditiva es por lo general unilateral, solamente el 10% de los casos

muestran hipoacusia bilateral aunque esta cifra puede fluctuar, entre un 4-17%^{1,4}.

Un estudio previo reportó que en Estados Unidos ocurren aproximadamente 4,000 nuevos casos de hipoacusia sensorineural súbita anualmente, mientras que la ocurrencia anual en el mundo es de alrededor de 15,000 casos⁴. Cerca de un 1% de todos los casos son hipoacusias sensorineurales, sin embargo, los estudios prevalentes no necesariamente distinguen entre las hipoacusias súbitas sensorineurales idiopáticas de las adquiridas.

La incidencia de la hipoacusia súbita se incrementa con la edad⁴, pero no existe predominio de sexo⁵ ni distribución geográfica. El desorden puede ser cíclico o estacional⁶.

Existen varias clasificaciones de hipoacusia súbita, entre las más conocidas, la de Rubin¹, basada en la gravedad y en la configuración audiométrica de la hipoacusia. La clasificación

Designado como el mejor trabajo de especialidad afín en el XLVII Congreso de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Mérida, Yucatán, Mayo 1 a 5, 1997

de Sheehy¹ divide la hipoacusia súbita en cuatro categorías: hipoacusia de tono grave, de tono agudo, plana y total. Estas clasificaciones son útiles por su sencillez y por lo fácil que es recordarlas.

Hughes reporta que la etiología de la hipoacusia súbita sensorineural puede ser dividida ampliamente en dos factores: Los conocidos y los idiopáticos³.

Entre las causas conocidas se han reportado circulatorias^{1,3,6}; tóxicas^{3,7}; neurológicas^{3,9,10}; metabólicas^{3,11,12,13}; cambios de presión¹; infecciosas^{1,3,8}; traumáticas^{1,2,13}; neoplásicas^{2,3}; inmunológicas^{1,3,8,14,15} y otras causas tales como la enfermedad de Meniere^{1,3,8,15,16}, pseudohipoacusia³, alteraciones inflamatorias de senos paranasales¹⁷, neurosarcooidosis¹⁸ y predisposición genética¹⁹.

La causa de la hipoacusia sensorineural súbita puede determinarse solamente en el 10% de los pacientes³. Cuando la causa no es definida, a la hipoacusia sensorineural súbita se le considera idiopática²⁰.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en casos de hipoacusia súbita incluyen: hipoacusia^{1,8}; acúfeno^{1,8} y vértigo¹. Por otro lado, en el 25% de los casos pueden ocurrir cefaleas, se pueden manifestar síntomas de vías aéreas superiores y puede haber fiebre de grado leve, no obstante, el paciente por lo general se siente bien, a pesar de la hipoacusia y el acúfeno.

El examen otoscópico puede ser normal aunque en ocasiones se observa otitis media serosa y puede agregarse un componente conductivo en la hipoacusia¹.

La evaluación y el manejo de la hipoacusia súbita sensorineural deben ser considerados una urgencia médica²¹, la prioridad es el descubrimiento de la causa potencialmente tratable de la hipoacusia sensorineural súbita, por lo que es importante la realización de una historia clínica completa^{1,3,8}.

En el inicio se debe realizar una evaluación audiológica completa, estos estudios deben realizarse cada dos o tres días hasta que la hipoacusia se establezca.

Cuando la causa de la hipoacusia sensorineural súbita puede ser identificada, el tratamiento es específico. Se han propuesto muchos regímenes de tratamiento para la hipoacusia sensorineural idiopática súbita^{22,23} pero en el presente, no parece existir un soporte consistente para utilizar una sola modalidad de tratamiento^{20,22,23}.

Hughes y colaboradores³ proponen tres modalidades de tratamiento en pacientes seleccionados: esteroides, dieta baja en sodio y/o diuréticos y carbógeno (5% de dióxido de carbono y 95% de oxígeno).

También se han sugerido otros protocolos de tratamiento entre los que se encuentran vasodilatadores, anticoagulantes, expansores del plasma, oxígeno hiperbárico y agentes nootrópicos, incluso hay quienes recomiendan apoyo psicológico al paciente o solamente reposo en cama⁸.

Con respecto a los agentes nootrópicos, éstos se definen como: "sustancias que activan el intelecto" o como "activadores metabólicos", actúan por mecanismos no del todo conocidos y aunque se usan ampliamente, son controversiales debido a que sus efectos no pueden ser demostrados objetivamente²⁴.

Entre los agentes nootrópicos más conocidos se encuentra el extracto de Ginkgo biloba, el cual es una mezcla de numerosas sustancias obtenidas de un árbol muy conocido en el oriente de Asia, introducido en Europa en 1965 y definido por

las autoridades de salud de Francia "para el tratamiento de los trastornos psico-conductuales de la senescencia". Se han identificado más de tres sustancias derivadas de mono, di y triglicósidos de flavonol, cinco terpenos y numerosos ésteres cumarínicos, biflavonoides, esteroides y ácidos orgánicos.

A este medicamento se atribuyen efectos farmacológicos experimentales in vitro y efectos farmacológicos in vivo.

Los estudios in vivo han demostrado numerosos y diversos efectos del extracto de Ginkgo biloba. Probablemente una de las acciones más importantes atribuidas a este medicamento es su efecto vasodilatador que actúa en la disminución de la viscosidad de la sangre lo cual podría beneficiar la circulación sanguínea en el órgano de Corti¹⁹.

La dosis recomendada es de 120 a 240 mg diariamente dividida en 3 dosis, antes de las comidas, reportándose toxicidad muy baja. Tampoco se han reportado efectos secundarios graves aun después de administrarla por un período de seis meses^{19,23}.

El pronóstico de recuperación en casos de hipoacusia súbita no es malo, aproximadamente dos tercios de los pacientes mejoran sin tratamiento²⁵.

El propósito de este trabajo es estudiar una alternativa de tratamiento para obtener mejoría en los umbrales de tonos puros en casos de hipoacusia súbita y para el manejo de algunas de sus secuelas como el acúfeno.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio prospectivo, lineal y descriptivo iniciado en marzo de 1994 y finalizado en enero de 1997, en el cual se revisó una muestra de 52 pacientes con diagnóstico de hipoacusia súbita, reclutados en la consulta externa del Instituto Nacional de la Comunicación Humana en México D.F.

En todos los pacientes se consideró el sexo, si la hipoacusia era uni o bilateral, etiología probable, síntomas agregados y estudios de laboratorio.

Al inicio se les realizó una audiometría tonal y por vías aérea y ósea, logaudiometría, historia clínica completa para tratar de determinar la causa probable de la hipoacusia súbita y estudios de laboratorio. Con excepción de los pacientes que tenían el antecedente de ser diabéticos, en los cuales se esperaban los resultados de estudios de laboratorio, se inició tratamiento a base de prednisona a razón de 1mg/Kg/día en dosis fraccionadas y decrecientes durante 18 días, al finalizar se aplicó betametasona i.m.

También se inició tratamiento a base de extracto de Ginkgo biloba. En los adultos se utilizó una dosis de 240mg diarios durante 1 mes, disminuyendo a 120 mg diarios hasta completar tres meses, dependiendo de la evolución y la estabilidad de los estudios audiológicos. En los niños se maneja con menor dosis, dependiendo de la edad de los pacientes.

A todos los pacientes se les realizaron audiometrías seriadas por lo menos cada 8 ó 10 días. Cuando se logró obtener una estabilidad audiométrica, a los pacientes que tenían un umbral suficiente, se les realizó una batería de estudios audiológicos que incluían impedanciometría, timpanometría, reflejo estapedial ipsi y contralateral, pruebas para detección de reclutamiento, adaptación patológica y potenciales auditivos de tallo cerebral. Posteriormente, dependiendo de la sospecha clínica y los resultados obtenidos, se les solicitaron estudios de imagen y resonancia magnética.

RESULTADOS

De los 52 pacientes estudiados 22 fueron del sexo masculino (43.3%) y 30 del sexo femenino (57.7%).

Después de la estabilización de la hipoacusia, ocho pacientes (15.4%) presentaron hipoacusia súbita bilateral y 44 pacientes hipoacusia súbita unilateral (84.6%), siendo ésta en el oído izquierdo en 24 pacientes (54.5%) y en el oído derecho en 20 pacientes (45.5%) lo que corresponde a un total de 60 oídos. De los ocho pacientes que tuvieron presentación bilateral seis fueron pacientes menores de 16 años, de los cuales cinco cursaron con un cuadro infeccioso (uno con cerebelitis y cuatro con infección de vías aéreas respiratorias superiores) y uno con púrpura trombocitopénica.

La etiología fue desconocida (idiopática) en 29 pacientes (55.76%). En seis pacientes el inicio de la hipoacusia coincidió con cuadro de infección de vías aéreas respiratorias superiores (11.53%), cinco pacientes cursaron con cuadro hipertensivo (9.6%), tres pacientes con exposición a ruido (5.76%), tres pacientes con hipercolesterolemia (5.76%), dos pacientes con diabetes (3.84%), un paciente con cuadro hipertensivo y diabetes, por último, parotiditis y púrpura trombocitopénica correspondieron cada uno al 1.92%.

En cuanto a los síntomas el 100% de los pacientes presentó hipoacusia, el 71.5% acúfeno, vértigo el 46.15%, siendo éste no incapacitante en 14 pacientes e incapacitante en 10 pacientes.

Ocho pacientes tenían al antecedente de ser diabéticos, seis de los cuales estaban en control y dos no. Seis pacientes presentaban cuadros de infección de vías aéreas respiratorias frecuentes. Cuatro casos cursaban con hipercolesterolemia. Tres pacientes contaban con el antecedente de exposición a ruido. Dos casos presentaban hipertriglicerilemia y dos pacientes tenían antecedentes de cáncer y exposición a medicación ototóxica por quimioterapia, sin referir hipoacusia posterior a la misma.

En los umbrales de tonos puros, el resultado se valoró en 60 oídos según la mejoría en dB HL tomando en cuenta la diferencia en el promedio de tonos puros de la audiometría inicial y de la audiometría final (Tabla I). Considerando a los desertores como que no mejoraron, se obtuvo una mejoría importante (30 a 90 dB HL) en casi la mitad (45%) de los pacientes.

En cuanto a la logaudiometría mejoraron en discriminación 37 de 60 oídos lo que corresponde a un 61.66%.

En la impedanciometría el 70% de los pacientes presentó curvas timpanométricas normales Tipo A (según clasificación de Jerger). El 30% restante presentaron patrones timpanométricos anormales, lo que coincidió con la etiología probable o con los antecedentes de los pacientes.

La detección del reclutamiento se realizó mediante la prueba de S.I.S.I. en 39 de los 52 pacientes (75%) siendo positiva en 8 pacientes (20.5%).

La adaptación patológica fue valorada mediante la prueba de decaimiento del tono en el 75% de los pacientes, siendo positiva en el 17.94%.

Los potenciales auditivos del tallo cerebral se encontraron anormales en el 7.69% de los pacientes, caracterizándose ésta anomalía por ausencia de las ondas I, III o V o por alargamiento de intervalos I-V.

La electronistagmografía se realizó en 48 de 52 pacientes (90.30%) siendo normal en 32 pacientes (66.66%). Se encon-

TABLA I
Mejoría en dB HL como diferencia entre el estudio inicial y el final

<1	9	15%
1-30	21	35%
31-60	23	38.3%
61-90	4	6.6%
Abandonaron el estudio	3	5%

tró paresia canalicular 15 pacientes (31.25%), siendo paresia izquierda en cuatro pacientes (26.66%), paresia derecha en 10 pacientes (66.66%) y paresia bilateral en un paciente (6.6%). El estudio del nistagmus optoquinético se encontró anormal en un paciente (2.8%).

Las pruebas rotatorias se realizaron en 46 de 52 pacientes (88.46%) siendo normales en todos los pacientes incluyendo a los que presentaron paresia canalicular en la electronistagmografía.

Se solicitaron estudios de imagen de resonancia magnética a 8 pacientes (por la anomalía de alguna de las pruebas realizadas previamente) no siendo el resultado valorable ya que sólo tres pacientes acudieron con su estudio, reportándose normales.

En los estudios de laboratorio realizados: Seis pacientes presentaron hipercolesterolemia (11.53%), tres pacientes hipertriglicerilemia (3.84%), un paciente hiperuricemia (1.92%) y 40 pacientes no presentaron ninguna anomalía en los mismos (76.92%).

El tiempo de recuperación varió entre tres semanas y dos meses, no encontrando mejoría en los pacientes que tenían más de cuatro meses de evolución al iniciar el tratamiento, lo que sucedió en 9 pacientes (15%). Sin embargo sí se observó recuperación parcial de la audición en 8 pacientes hasta con dos meses de evolución antes de iniciar el tratamiento.

El 95% de los pacientes continuaron con hipoacusia, de estos el 80% mejoraron y el 15% no presentaron mejoría. El 71.5% de los pacientes siguió manifestando acúfeno, en este aspecto, en todos los casos se refirió mejoría clínica posterior a un período de tratamiento de 3 a 6 meses con extracto de Ginkgo biloba. El vértigo y las manifestaciones electronistagmográficas desaparecieron en la totalidad de los pacientes.

CONCLUSIONES

Aunque es bien sabido que en esta patología puede existir recuperación espontánea, la combinación de esteroides con extracto de Ginkgo biloba, produjo una recuperación en el promedio de tonos puros y mejoría en la discriminación, incluso en pacientes que ya tenían un tiempo de evolución de 1 a 2 meses y en los que no había existido mejoría espontánea. Esta recuperación no fue completa, pero sí suficiente al obtener umbrales aceptables para la rehabilitación mediante una prótesis auditiva.

También se considera importante el uso de extracto de Ginkgo biloba en un período de tres a seis meses por otros motivos importantes, por ejemplo, se logró mantener los um-

brales audiométricos estables en el 100% de los pacientes, en contraste, en la literatura se refiere que de un 10 a 15% de los pacientes la hipoacusia progresa³. Otro motivo es el manejo del acúfeno, una de las secuelas más importantes de esta patología, el cual se presentó en el 71.15% de los pacientes,

refiriéndose mejoría clínica importante en todos los casos. Por último, cabe mencionar los pocos efectos colaterales reportados tanto en la literatura así como por los pacientes estudiados en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paparella M. Hipoacusia súbita en: Paparella M Otorrinolaringología. México D.F. Editorial Panamericana; 1994 pp 1892-1905
2. Walsh RM et al. Sudden contralateral deafness following cerebellopontine angle surgery. *Am J Otol* 1994; 15:233-246
3. Hughes GB et al. Sudden sensorineural hearing loss. *Otolaryngol Clin N Am* 1996; 29:393-405
4. Byl FM et al. Eight years experience and suggested prognostic table. *Laryngoscope* 1984; 94:647-661
5. Synder SO. Unilateral sudden hearing loss as result of anomalous carotid anatomy. *J Vascular Surg* 1990; 12:341-344
6. Neuser J et al. Sudden idiopathic hearing loss: psychopathology and antecedent stressful life events. *Br Med Psychol* 1986; 59:245-251
7. Vernick DM et al. Sudden hearing loss associated with piroxicam. *Am J Otol* 1986; 7:97-98
8. Fernández M. Hipoacusia súbita. Experiencia de 54 pacientes. *An ORL Mex* 1994; 39: 143-147
9. Stach BA et al. Sudden hearing loss in multiple sclerosis: case report. *J Am Acad Audiol* 1993; 4:370-375
10. Merina G et al. Sudden deafness and cerebellar tumor. *J Laryngol Otol* 1994; 108:584-586
11. Ravi KV et al. Sudden deafness as the sole presenting symptom of diabetes mellitus. A case report. *J Laryngol Otol* 1996; 110:59-61
12. Sun AH et al. Idiopathic sudden hearing loss and disturbance of iron metabolism: a clinical survey of 426 cases. *J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1992; 54:66-70
13. Mancini ML et al. Sensorineural hearing loss in patients with chronic renal failure in childhood. *Pediatr Nefrol* 1996;10:38-40
14. Hughes GB et al. Autoimmune reactivity in Meniere Disease. *Laryngoscope* 1983;93:410-417
15. García B et al. Patología de oído interno de probable origen autoinmune y su respuesta al tratamiento esteroideo. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1995; 46:416-420
16. Ben David Y et al. Bilateral perilymph fistula in adults. *J Laryngol Otol* 1991; 105:304-305
17. Gorgulla H, Walter E. Coincidence of chronic inflammatory paranasal sinus disorders and cochleo-vestibular disorders. *Laryngorhinoto* 1990; 46:416-420
18. Souliere CR et al. Sudden hearing loss as the sole manifestation of neurosarcoidosis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 105:376-381
19. Emmett JR. Simultaneous idiopathic sudden hearing loss in identical twins. *Acta Otolaryngol* 1987; 103:379-383
20. Kajsa-Mia Holgers et al. Ginkgo biloba extracta for the treatment of tinnitus. *Audiology* 1994;33:85-92
21. Rybak LP. Treatable sensorineural hearing loss. *Am J Otol* 1985; 6:482-89
22. Cole RR et al. Sudden hearing loss. An update. *Am J. Otol* 1988; 9:211-215
23. Norris CH. A review of their clinical efficacy mechanism of action, toxicity and place in therapy. *Drugs* 1988; 36: 754-772
24. Corvera J. Agentes Nootrópicos. *An ORL Mex* 1994; 39: sup 5, 47-55
25. Saeki, N, et al. Assessment of prognosis in sudden deafness. *Acta Otolaryngol* 1994; 51: 56-61

BRONCOSCOPIA RÍGIDA EN PEDIATRÍA

RIGID BRONCHOSCOPY IN PEDIATRIC PATIENTS

JORGÉ E. CRUZ PONCE, IRASEMA Y. ZAMBRANO CAÑAMAR,
GRISELDA GUERRERO GONZALEZ, BELEM E. CORONA GALAVIZ,
JOSE LUIS TREVIÑO GONZALEZ, JESUS GONZALO DAVILA FLORES
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" Monterrey, N.L.

RESUMEN

Con objeto de valorar la utilidad de la broncoscopia rígida se hizo un análisis retrospectivo de 56 broncoscopias en 54 pacientes pediátricos, practicadas de enero 1 de 1992 a julio 31 de 1997 en nuestra institución. En 38 pacientes (67.8%) fueron hechas por cuerpo extraño (CE) y en 18 pacientes por patologías broncopulmonares diversas. De estos, 32 (59.3%) fueron mujeres y 22 (40.7%) hombres, el promedio de edad fue de 2.3 años y 5.6 años respectivamente. Treinta y dos de los pacientes con CE tenían antecedente de broncoaspiración; solo 5 broncoscopias resultaron negativas. Los CE que más frecuentes fueron semillas (60.6%). El bronquio principal derecho fue el más involucrado. El hallazgo radiológico más común fue hiperinsuflación del hemitórax comprometido. La sintomatología encontrada en la mayoría de los pacientes fue tos cianotizante y dificultad respiratoria. Solo un caso requirió toracotomía. De los procedimientos por patologías broncopulmonares la indicación más frecuente fue atelectasia lobar. Entre las complicaciones encontramos broncoespasmos, endobronquitis y granulomas. Hubo dos defunciones, una por hipoxia por CE y otra por su patología de base (cardiopatía congénita mas fistula traqueoesofágica). Consideramos que la broncoscopia rígida sigue siendo el método de elección para la extracción de cuerpos extraños y como procedimiento diagnóstico del tracto respiratorio bajo.

ABSTRACT

To evaluate rigid bronchoscopy (RB) in children, we made a retrospective evaluation of 56 RB in 54 pediatric patients seen in our institution from January 1st 1992 to July 31st 1997. Thirty-eight (67.8%) of these patients were examined for a foreign body (FB) and 18 patients (32.1%) had diverse broncho-pulmonary pathologies. There were 32 females (59.3%) and 22 males (40.7%). The average age of each gender group was 2.3 and 5.6 years old respectively. In the 38 patients evaluated for a FB, only 32 patients had a history of its aspiration. Only five bronchoscopies were negative. The most frequent objects found were seeds (60.6%). The right main bronchus was the most commonly affected. The most frequent radiological finding was air trapping in the involved hemithorax. The symptoms found in the majority of the patients were cough, cyanosis and respiratory distress. Just one case (a needle) required a tracheotomy. In the patients examined for broncho-pulmonary pathology, the most frequent indication was lobar atelectasy. The complications found were bronchospasm, bronchitis and granuloma. Two of the patients died, one from hypoxia from FB airway obstruction and other from her basic pathology (a congenital heart disease and tracheo-esophagic fistula). Rigid bronchoscopy continues to be the procedure of choice for FB extraction and as a diagnostic procedure for lower respiratory tract disease.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de cuerpos extraños (CE) en bronquios ha evolucionado considerablemente en los últimos siglos⁶. En 1854 el Dr. Samuel Gross, norteamericano, escribió el primer tratado sistemático de diagnóstico y tratamiento de CE en la vía aérea, muchos de sus principios permanecen vigentes en la actualidad. Sin embargo no fue hasta 1897 que Gustav Killian (considerado el padre de la broncoscopia) logró extraer un CE de la vía aérea. Jackson en 1905 perfeccionó el instrumental endoscópico alcanzando un nivel de excelencia. Gabriel Tucker en 1954 inicia en EUA la broncoscopia pediátrica. El primer broncoscopio con adaptación para ventilación-intubación producido en serie se desarrolló en 1985^{1,6}.

Las indicaciones para broncoscopia rígida están perfectamente descritas e incluyen: tos, hemoptisis, sibilancias, aspiración de CE entre otros. El uso del broncoscopio flexible está más enfocado al diagnóstico que al tratamiento de CE en la vía aérea en pacientes pediátricos.

La aspiración traqueobronquial de CE es mas frecuente en la edad pediátrica entre el primer y tercer año de vida, con alto grado de morbilidad. La sintomatología, aunada a los hallazgos

clínicos y radiológicos, orientan hacia el diagnóstico, pero sólo la broncoscopia dará la certeza del mismo.

La broncoscopia rígida es el método diagnóstico y el tratamiento mas eficaz y seguro ya que permite la ventilación de pasajes aéreos estrechos, lo cual es de vital importancia en niños y proporciona una excelente visualización del CE asegurando la posibilidad de extracción del mismo con instrumentación adecuada.

Se realizó un estudio retrospectivo de 5 años para ilustrar la efectividad del equipo y técnicas endoscópicas actuales y para evaluar los resultados y complicaciones del manejo.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en el período comprendido entre el 1 de enero de 1992 al 31 de julio de 1997.

Cincuenta y cuatro pacientes entre un mes y trece años de edad fueron sometidos a broncoscopias rígida por la sospecha de CE o patología broncopulmonar. Se examinaron los expedientes clínicos buscando sexo, edad, antecedente de aspira-

ción de CE, el valor diagnóstico de signos, síntomas y exploración física, hallazgos radiológicos, hallazgos operatorios, complicaciones, tiempo transcurrido entre la aspiración del CE y el procedimiento. Veintidós pacientes fueron de sexo masculino con edad promedio de 5.6 años (un mes a 13 años) y treinta y cuatro pacientes de sexo femenino con edad promedio de 2.3 años (3 meses a 12 años). Se realizaron 38 broncoscopias rígidas por probable diagnóstico de CE con y sin antecedente de aspiración del CE. Dos pacientes con retraso psicomotor presentaron 2 episodios diferentes cada uno de aspiración del CE; dieciocho pacientes fueron sometidos a broncoscopia rígida por diferentes diagnósticos los cuales incluían: atelectasias, neumonía, tumores broncogénicos, estridor, enfisema, y estenosis subglótica. El cuadro clínico predominante fue: tos cianotizante 19 pacientes, dificultad respiratoria en 7 pacientes y estridor en 2. Todos los pacientes fueron evaluados radiológicamente con proyecciones anteroposterior y lateral de tórax en inspiración.

Todos los procedimientos fueron realizados en quirófano previa inducción anestésica. Un agente anestésico fue administrado con mascarilla, intubándose directamente con el broncoscopio y se mantenía el control de la vía aérea a través del mismo. Si el paciente tenía dificultad respiratoria el procedimiento era llevado a cabo con carácter de urgente. Si el niño se encontraba estable; nos permitía una evaluación diagnóstica y preparación preanestésica. Previa al procedimiento no se indicó fisioterapia en tórax en ningún paciente.

Se utilizó un sistema de broncoscopio rígido con telescopio ópticos Storz, con diámetro externo variando desde 2.5 mm. a 4.5mm y longitud de 20 o 30 cm. Los telescopios utilizados fueron el de 0°, 30° y 70° y el sistema broncoscopio-telescopio se encontraba conectado a un sistema de videocámara donde se documentaban los hallazgos transoperatorios.

Después de monitorización adecuada e inducción anestésica cuidadosa el paciente se intuba con el broncoscopio rígido del tamaño adecuado, se explora tráquea y bronquios principales en busca de la obstrucción, anomalías anatómicas o inflamación. El CE una vez visualizado se extrae utilizando las pinzas telescópicas, pinza McGill o fórceps recto. Los CE encontrados en la porción distal del árbol traqueobronquial requirieron frecuentemente más de una técnica de extracción al igual que la mayoría de las semillas encontradas, en contraste con los objetos en la vía aérea proximal, los cuales fueron removidos en una sola modalidad. Una vez que el CE era removido, el broncoscopio era reintroducido para buscar fragmentos retenidos, para aspirar secreciones para cultivo y para evaluar la severidad de la reacción tisular y edema.

Postoperatoriamente los niños fueron observados en el hospital generalmente por 48 hrs. requiriendo antibioterapia, corticosteroides, fisioterapia, nebulizaciones y en algunos casos broncodilatadores, especialmente en los casos en donde surgieron complicaciones.

RESULTADOS

Se realizaron 56 broncoscopias rígidas en 54 pacientes de las cuales 38 fueron por aspiración de CE y 18 por patologías broncopulmonares diversas; de estos treinta y dos fueron mujeres (59.3%) de edades entre un mes y doce años (media, 2.3 años) y veintidós hombres (40.7%) entre el mes de vida y los trece años (5.6 años de media).



Figura 1. Radiografía lateral de tórax en que se observa atrapamiento de aire por cuerpo extraño.

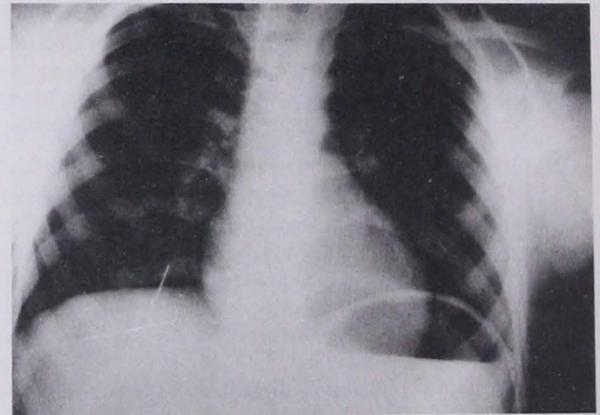


Figura 2. Radiografía AP de tórax en que se observa una aguja en hemitórax derecho.

Treinta y dos pacientes por CE presentaban el antecedente de aspiración (84%) y 6 pacientes (16%) negaron el antecedente. Las características clínicas predominantes fueron las siguientes: tos en accesos en 19 pacientes (50%), cianosis en 12 pacientes (32%), dificultad respiratoria en 7 pacientes (18%) y estridor en 2 pacientes (5%). La evaluación radiológica demostró más frecuentemente hiperinsuflación y atelectasia (Fig. 1) en proyecciones tomadas en inspiración, sugestivas de aspiración en el 80 % de los casos. De las 38 broncoscopias por aspiración del CE se identificó y se extrajo con éxito en 32 pacientes (84.2%). En un paciente que había aspirado una aguja, no se logró extraer, requiriendo toracotomía y en 5 casos (13%) la broncoscopia fue negativa para CE, tres de estos tenían el antecedente de aspiración. El período de tiempo entre la aspiración o inicio de la sintomatología y la llegada al Hospital fue muy diverso siendo desde una hora en un par de pacientes hasta de tres años en otro. Las sustancias vegetales fueron el tipo más común de CE removido (53%); granos como el cacahuate en 10 pacientes (26%), frijol, además de semillas tal como girasol, sandía y nuez. En los 13 pacientes los cuales presentaban materiales inertes aspirados en el árbol traqueobronquial se encontraron objetos de metal en 8 pacientes, plástico en 4 pacientes y un diente en otro paciente. El CE fue encontrado en el bronquio derecho en 16

casos (42%), en tráquea en 10 pacientes (26%), bronquio izquierdo en 8 pacientes (21%) y parénquima pulmonar (aguja) en 1 caso. Fisioterapia torácica fué indicada como tratamiento previo a la broncoscopia por el riesgo de posible obstrucción de la vía aérea con paro cardíaco como se ha reportado previamente^{5,6,7}.

Las broncoscopias efectuadas por patología broncopulmonar (18 casos) tuvieron los siguientes resultados diagnósticos: atelectasia en 8 pacientes, neumonía en 3 pacientes, fibrosis quística en 2 pacientes, tumores broncogénicos en 2 pacientes, enfisema en 1, estridor por laringomalasia en 1 paciente y estenosis subglótica también en 1 paciente.

Entre las complicaciones encontradas en nuestra revisión fueron antes del procedimiento la neumonía y durante o después de la broncoscopia la mas frecuente fue endobronquitis severa en 7 pacientes, seguida por broncoespasmo en 5 pacientes, granuloma por CE en 2 casos, laringoespasmo en 1 paciente y la imposibilidad a la extracción del CE en otro paciente, en este caso se trataba de una aguja (Fig. 2) no logrando la visualización y por ende la extracción del mismo ni con el broncoscopio rígido ni con el flexible por lo que se requirió de una toracotomía la cual se realizó sin ninguna complicación. Hubo dos muertes una de un paciente con aspiración de CE que llegó con hipoxia severa y paro cardíaco que desarrolló edema cerebral y muerte días después y en la otra, el paciente presentaba como problema de base cardiopatía congénita y fístula tráquea esofágica desarrollando insuficiencia respiratoria y muerte catorce días después del procedimiento; estos últimos dos pacientes requirieron intubación previa y posterior a la broncoscopia. Solo un paciente requirió intubación posterior al procedimiento por el desarrollo de un granuloma por CE en los primeros anillos tráqueales, el cual obstruía casi en la totalidad su luz, presentando regresión espontánea 5 días después de la extracción del CE.

DISCUSIÓN

La aspiración de CE en la vía aérea de pacientes pediátricos ha sido reconocida por muchos años y representa un reto para pediatras y otorrinolaringólogos ya que aproximadamente el 80% de los niños que presentan un episodio de tos cianotizante son evaluados en emergencias pediátricas^{4,9}.

La mayor incidencia de aspiración de CE es entre 1 y 3 años con picos máximos entre los 9 y 24 meses y el riesgo permanece hasta los 6 años, y aunque el grupo masculino se ha reportado en mayor riesgo⁹, en nuestra serie reportamos una mayor incidencia en mujeres. Los factores causales incluyen el aumento de la inquietud del infante y el consiguiente acceso a objetos nuevos de su ambiente y la natural curiosidad de explorarlo todo por estimulación oral^{9,10}. Existen muchas especulaciones acerca de la fisiopatología de aspiración de CE, como la tendencia de los infantes a conocer su entorno a través de la boca y la masticación inadecuada. Además los niños a menudo juegan, corren y ríen mientras comen y no se concentran en masticar y deglutir. Otro factor importante puede ser la inmadurez del mecanismo que coordina la deglución y respiración. La existencia anatómica y funcional de columna de aire y alimento en intersección implica la necesidad de coordinar la deglución y respiración con el fin de evitar la entrada de alimento al tracto respiratorio. Lo anterior se logra por la acción de una serie de esfínteres musculares y la elevación de la laringe con cierre de la epiglotis, lo que contribuye al cierre

del vestíbulo laringeo. También se ha encontrado que la respiración cesa momentáneamente durante la deglución; ésta coordinación es mas efectiva en adultos que en niños pequeños^{4,12}. Existe una organización progresiva del control neural de los mecanismos de cierre laríngeo con el aumento de edad^{4,13}.

Como se estableció previamente en el 53% de nuestros pacientes el CE aspirado fue un vegetal. La cuestión es el porqué de una frecuencia tan alta de aspiración de vegetales (cacahuete, frijol, etc.) al ser comparados con otros alimentos; es obvio que los niños del grupo de edad con mayor incidencia están mas en contacto con dulces muy frecuentemente, aún así en esta serie no se encontró ningún caso de aspiración de dulces. Otras series refieren los mismos hallazgos^{1,4,5,9}. Nosotros podemos especular que la razón para esta diferencia es que los cacahuates y semillas son ligeros y tienden a flotar sobre el vestíbulo laringeo donde es mas probable el ser aspirado en inspiración. El riesgo es especialmente alto si el reflejo de deglución y cierre laríngeo son inmaduros como en los niños pequeños. Por otro lado, los dulces son generalmente pegajosos, se adhieren a la mucosa y resbalan sobre el antro esofágico mientras son deglutidos.

El tipo de objeto, tamaño, figura, localización y tiempo de evolución determinaron la expresión clínica de la entidad. Para realizar el diagnóstico es importante tener en consideración la posibilidad diagnóstica de aspiración de CE y realizar un interrogatorio orientado y directo ya que aunque en el 84% de nuestros pacientes existía un antecedente de aspiración, en 16% no había antecedente alguno por lo que es de relevancia preguntar intencionadamente acerca de la posible exposición a objetos pequeños, semillas, etc. que pudieran haber sido aspirados, en niños que presentan neumonía, tos cianotizante, inicio súbito de sibilancias (sin antecedente de asma), retracciones costales, cambios en la voz o el llanto, cianosis y/o estridor. En esta serie el 95% de los pacientes con aspiración de CE presentaban al menos un dato de la triada clásica de tos, cianosis y dificultad respiratoria, lo cual concuerda con otras series reportadas.^{2,3,5} Una historia clínica sugestiva con síntomas respiratorios requiere evaluación radiológica y tratamiento.

La evaluación es efectuada a través de radiografías simples en inspiración, espiración en anteroposterior y lateral, pueden realizarse TC, RMN o fluoroscopia. Los datos proporcionados por radiografías varían de acuerdo al grado de obstrucción dado por el cuerpo extraño; la obstrucción incompleta causa atrapamiento de aire o hiperinsuflación y una obstrucción completa causa atelectasia^{3,4,5}. Cuando el objeto se impacta en la subglotis causa edema de la mucosa, tos, compromiso en la vía aérea, estridor, y el signo radiológico de la aguja¹⁰. Los hallazgos en las radiografías simples en anteroposterior y lateral en inspiración en nuestros pacientes fueron: hiperinsuflación, atelectasia, infiltrados perihiliares. Según la literatura, los hallazgos físicos pueden estar ausentes hasta en un 39% de los pacientes con CE^{3,15} y los radiográficos ser normales en 7 a 21%^{3,14}. Para el diagnóstico exacto, el examen del tracto traqueobronquial es necesario.

Todos los pacientes fueron sometidos a broncoscopia rígida, en nuestra serie; solo a uno se le realizó en combinación con broncoscopio flexible, en el paciente con una aguja. Se utilizaron broncoscopios rígidos y telescopios Storz del tamaño adecuado de acuerdo a la edad del paciente y el broncoscopio flexible Olympus. Se han realizado estudios entre la

resistencia del aire y la resolución óptica en broncoscopia rígida y concluyen que el telescopio de 1.9 mm provee el perfil y la resistencia mas favorable que para los broncoscopios de 2.5 a 3.0. El telescopio 2.8 mm es el ideal para el broncoscopio 3.5 y el telescopio de 4.0 trabaja mejor con el broncoscopio 4.0. Además los fórceps utilizados durante la remoción del CE causa mínimos cambios en la resistencia de la vía aérea.⁶

Las complicaciones encontradas en la presente serie incluyen: broncoespasmo, laringoespasmo, granuloma en el sitio de impactación del cuerpo extraño, endobronquitis severa, muerte. En una paciente no fue posible la extracción de la aguja aspirada en el árbol traqueobronquial distal, la cual requirió toracotomía.

Nuestros datos indican que la supervisión de un adulto no previene confiablemente la aspiración del un CE, los padres necesitan apoyarse mas en la seguridad del medio ambiente del niño (dejando objetos que puedan ser aspirados fuera de su alcance) que en su propia vigilancia.

CONCLUSIONES

La broncoscopia contemporánea pediátrica refleja la culminación de años de trabajo de prominentes endoscopistas auxiliados por los avances técnicos en física óptica y refinamiento en los materiales de lentes ópticos.

La aspiración de CE es comunmente encontrada en la población pediátrica y su diagnóstico certero y tratamiento es con broncoscopia. La aspiración de un CE debe ser considerada si existe una historia de tos con ahogamiento, o si una neumonía no responde bien al tratamiento usual, especialmente si el niño era previamente sano.

Las radiografías son de poco valor para excluir el diagnóstico. Sin embargo son de importancia para localizar el sitio del CE e incrementar la probabilidad diagnóstica.

El equipo y técnicas actuales de broncoscopias han mejorado la morbilidad y mortalidad en niños con aspiración de cuerpos extraños, siendo la broncoscopia rígida imperativa en el diagnóstico y tratamiento de estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marsh BR. Historic development of bronchoesophagology Otolaryngol. Head Neck Surg 1996; 114:689-716
2. Hoeve LJ, Rombout J, Pot DJ. Foreign body aspiration in children. The diagnostic value of signs, symptoms and pre-operative examination. Clin Otolaryngol 1993; 18: 55-57
3. Martinot A, Closset M, Marquette CH, et al. Indications for flexible vs rigid bronchoscopy in children with suspected foreign body aspiration. AMJ Respir Crit Care Med 1997; 155:1676-1679
4. Wolach B, Raz A, Weinberg J, et al. Aspirated foreign bodies in the respiratory tract of children: eleven years experience with 127 patients. Intern J Ped Otolaryngol 1994; 30: 1-10
5. Black R E, Johnson DG, Matlak M E. Bronchoscopic removal of aspirated foreign body in children. J Ped Surg Vol 29 N5 (May) 1994; pp 682-684
6. Marzo S, Hotaling AJ. Trade-off between airway resistance and optical resolution in pediatric rigid bronchoscopy. Ann Otol Rhinol Laryngol 1995; 104: 282-287
7. Choy I, Idowu O. Sand aspiration: A case report. J Ped Surg Vol 31 1996; 10:1448-1450
8. Paul RI, Christoffer KK, Binns HJ, et al. Foreign body ingestions in children: risk of complication varies with site of initial health care contact. Pediatrics 1993; 91: 121-127
9. Rely JS, Cook SP, Stool D, et al. Prevention and management of aerodigestive foreign body injuries and childhood. Ped Clin of North Am Vol 43 No 6 Dec 1996:1403-1411
10. Weiss RL, Goldstein MN, Dhaira A, et al. Clear plastic cups: a childhood choking hazard Case report. Intern J Ped Otorhinolaryngol 1996; 37:243-251
11. Shabb H, Taha AM, et al. Straight pin aspiration in young women. J Trauma Injury Infection in Critical Care 1996; Vol 40 N 5 827-828
12. Bosma JF. Deglutition: pharyngeal stage. Physiol Rev 1957; 37: 275-300
13. Sasaki CT. and Isaacson G. Functional anatomy of the larynx. Otolaryngol Clin North Am 1988; 21: 613-623
14. McGuirt WF, Holmes KD, Feehs R et al. Tracheobronchial foreign bodies. Laryngoscope 1988; 98: 615-618

EXPERIENCIA DE MANEJO DE LESIONES NASO-SINUSALES CON EL ABORDAJE DE "DESGUANTE FACIAL" EN 76 CASOS

EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF SINONASAL LESIONS WITH MIDFACIAL DEGLOVING APPROACH IN 76 CASES.

RUBÉN MORENO PADILLA, JUAN MARTÍN GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.
HOSPITAL GENERAL, CENTRO MEDICO LA RAZA, MÉXICO, D.F.

RESUMEN

En el presente trabajo, se describe la experiencia en el manejo de 76 patologías naso-sinusales con el abordaje de desguante facial, diagnosticados y tratados de 1990 a 1997 por el mismo cirujano. 27 casos (35%) fueron nasoangiofibromas y 16 (21%) papilomas invertidos. 69 casos (90%) presentaron como dato clínico principal obstrucción nasal. Dependiendo de la extensión y naturaleza de la lesión se necesitó acompañar éste abordaje con otro procedimiento agregado. Los pacientes que presentaron como diagnóstico final lesiones neoplásicas malignas fueron enviados oportunamente a tratamiento complementario con radioterapia, quimioterapia y/o rehabilitación. El abordaje de desguante facial nos proporciona una excelente exposición a cavidad nasal, senos paranasales, nasofaringe, y clivus, lo cual nos habla de la gran versatilidad de la técnica para resear tanto lesiones neoplásicas benignas y malignas como lesiones no neoplásicas.

ABSTRACT

In this paper, we describe the experience in the management of 76 sinonasal lesions with the midfacial degloving approach, all treated by the same surgeon from 1990 to 1997. Twenty-seven cases (35%) were juvenile nasopharyngeal angiofibromas and sixteen cases (21%) were inverted papillomas. Sixty-nine cases (90%) had nasal obstruction as principal symptom. Depending of the extension and nature of the lesion, we needed to make another approach along with midfacial degloving approach. The patients with final diagnosis of malignant neoplasm also received other treatments like chemotherapy, radiotherapy or rehabilitation. The midfacial degloving approach provides excellent exposure of the nasal cavity, paranasal sinuses, nasopharynx and clivus. Making it useful for surgical treatment of benign or malignant neoplastic lesions as well as non neoplastic lesions.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, los accesos quirúrgicos a las estructuras de la mitad de la cara para resear lesiones benignas y malignas han sido a través de incisiones faciales externas, a través de senos paranasales o transpalatinos. La incisión Weber-Fergusson deja una profunda cicatriz visible en la mitad de la cara, problemático especialmente en niños, jóvenes, mujeres y figuras públicas. Esta es también limitada debido a su unilateralidad. El abordaje transpalatino a la nasofaringe permite un acceso limitado a ésta cavidad, especialmente en aquellos con tumores más allá de los confines de ésta área^{1,2}. El procedimiento de desguante facial ha sido desarrollado por asociación de incisiones sublabial y rinoplastia, con o sin osteotomías de los huesos nasales y proceso frontal de la maxila^{1,2,3,4}.

Es difícil, a través de una revisión de la literatura, definir quién describió primero el abordaje sublabial para resección de lesiones nasales o de senos paranasales extensas, especialmente cuando se combinó con incisiones de rinoplastia. En 1927, Portmann y Retrouvey describieron la maxilectomía radical sublabial-transoral para el tratamiento del cáncer. Williams, en 1957, describió una técnica usando incisiones de rinoplastia para resección de tumores intranasales pero asociados con incisión facial externa y rinotomía lateral.

Maniglia y colaboradores, Conley y Price, Allen y Siegel, han utilizado la técnica de desguante facial desde 1969². Aunque el interés en el procedimiento ha aumentado en años recientes, éste no es un nuevo descubrimiento.

Conley y Price (1979), reportaron 26 casos de tumores manejados por éste método¹. Sachs, Conley y col. (1984) reportaron su experiencia con 48 casos de resección de papiloma invertido mediante abordaje de desguante facial¹. Maniglia (1986) reporta su experiencia de 15 años sobre 30 casos, incluyendo maxilectomía radical con y sin excenteración de órbita².

Paavolainen y Malmberg (1986) describieron una variación del procedimiento de desguante facial, agregando liberación de la pirámide nasal por osteotomías laterales y transección septal, permitiendo mayor desplazamiento de la nariz completa y mejorar el acceso a toda la cavidad. Price (1986) describió la técnica de desguante facial como abordaje alternativo para la base del cráneo a nivel central. En 1987 Price reportó 29 casos adicionales manejados con técnica de desguante facial y craneotomías frontal y temporal para resecciones craneofaciales¹.

En éste trabajo presentamos la experiencia en 76 casos, con diferentes patologías nasosinusales aborda-

das con la técnica de desguante facial combinada con otros procedimientos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 76 casos de pacientes con lesiones nasosinuales que acudieron al servicio de otorrinolaringología del Hospital, manejados por uno de los médicos. Se realizó un estudio retrospectivo desde 1990 hasta 1997, con un promedio de 9.5 casos por año. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que habían sido sometidos a tratamiento quirúrgico de su patología mediante abordaje de desguante facial (los cuales estaban previamente registrados por el médico tratante).

De los 76 casos, 10 pacientes habían sido previamente operados en su Hospital General de Zona, de los cuales 4 fueron nasoangiofibromas y 3 papilomas invertidos enviados por tumor residual, 2 con diagnóstico de poliposis nasal cuyo estudio histopatológico les reportó papiloma invertido y una displasia fibrosa que había sido reportada como cementoma infraselar.

La exposición amplia y la resección completa fueron los objetivos al emplear ésta técnica, en la mayoría se necesitó de un procedimiento quirúrgico agregado para éste fin.

A todos se les practicó estudio de tomografía computada en forma preoperatoria, y al menos en las lesiones neoplásicas malignas así como las lesiones benignas de comportamiento agresivo como los nasoangiofibromas y papilomas nasales invertidos se les practicó también tomografía computada de control postoperatorio. Los pacientes postoperados de lesiones no neoplásicas y lesiones neoplásicas benignas fueron seguidos por 6 meses como mínimo, y los postoperados de lesiones neoplásicas malignas siguen en control. El examen clínico durante el seguimiento fue en la consulta externa mediante rinoscopia anterior.

RESULTADOS

Edad y Sexo: como se muestra en la tabla I, la mayoría de los casos se presentaron en pacientes jóvenes de 10 a 19 años; en cuanto al sexo, 51 casos (67%) fueron hombres y 25 (33%) mujeres, representando una relación 2:1, esto debido a que un 35% de los casos fueron nasoangiofibromas.

Síntomas: Como en la mayoría de las lesiones nasosinuales, el síntoma cardinal fue la obstrucción nasal en un 90%, rinorrea 72%, epistaxis en 48%, plenitud ótica en 10%, respiración oral y voz nasal en 12%, cefalea en 14%, aumento de volumen nasal 16%, y otros síntomas en menor porcentaje como pérdida de peso, hiposmia, dolor nasal, disgeusia, lagrimeo, parestesias, proptosis y aumento de volumen en paladar.

Hallazgos: La frecuencia de localización de la neoformación fue en nariz en 63 casos (83%), el seno maxilar estaba involucrado en 40 casos (52%), el etmoidal en 42 (55%), esfenoidal en 20 (26%), nasofaringe en

Tabla I
Distribución por edad.

Edad en Años	Número de casos
0 a 9	1
10 a 19	31
20 a 29	12
30 a 39	5
40 a 49	4
50 a 59	9
60 o mas	14
Total	76

27 (35%), fosa pterigomaxilar en 19(25%), fosa subtemporal en 7 (9%), paladar en 6 (8%), órbita en 3 (4%), fosa media en dos y fosa anterior en uno.

Técnica combinada: De acuerdo a la extensión y naturaleza de la lesión se necesitó realizar otros procedimientos agregados como maxilectomía medial en 65 casos, etmoidectomía en 25, esfenoidectomía en 8, hemipalatectomía en 4, resección septal en 4, abordaje transpalatino en 2, excenteración de órbita en 2, adenoidectomía, septoplastia, resección de huesos nasales y abordaje craneofacial combinado en casos individuales.

Complicaciones: La mayoría de los pacientes con nasoangiofibromas (90%) fueron embolizados previamente antes de la cirugía, por lo que el sangrado no fue de importancia. De las complicaciones tardías mostradas en tabla II, se consideraron como menores, y algunas

Tabla II
Complicaciones postoperatorias tardías

Complicación	# de casos
Hipostesia de labio superior	4
Dacriostenosis	4
Sinequia septal	2
Dolor nasal residual	3
Retracción de ala nasal	3
Estenosis vestibular	1
Deformidad de pirámide nasal	2

Tabla III
Diagnósticos definitivos de los 76 casos.

Diagnósticos Definitivos	# de casos
Nasoangiofibromas	27
Papilomas invertidos	16
Mucormicosis	6
Pólipo antrocoanal	3
Carcinoma adenoideo quístico	2
Hemangioma capilar	2
Melanoma maligno septal	3
Carcinoma epidermoide de seno maxilar	1
Displasia fibrosa	1
Rabdomiosarcoma embrionario	2
Linfoma angiocéntrico de células pequeñas	1
Neurilemoma	1
Estesioneuroblastoma	2
Granuloma reparador de células gigantes	1
Adenoma monomorfo	1
Fibroma condromixoide	1
Pólipo inflamatorio calcificado	1
Herida por bala en macizo facial	1
Hipertrofia de cornete inferior	1
Tumor fibroso benigno solitario	2
Quisteóseo aneurismático	1

como las dacriostenosis (4 casos) se presentaron en pacientes que habían sido operados previamente en su Hospital General de Zona.

Los diagnósticos definitivos se muestran en la tabla III. Un 35% fueron nasoangiofibromas y 21% papilomas invertidos.

De acuerdo al tipo de lesión: un 89% (68 casos) fueron neoplásicas, con 16% (11 casos) malignas, y 84% (57 casos) benignas. El 11% (8 casos) fueron lesiones no neoplásicas.

Hubo 5 recidivas: dos nasoangiofibromas (uno localizado en esfenoides y otro en fosa pterigomaxilar) y un estesioneuroblastoma que fueron reintervenidos con éxito con el mismo abordaje, un nasoangiofibroma extendido a fosa media que fue enviado a radioterapia y un carcinoma adenoideo quístico que presentó recurrencia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El abordaje de desguante facial, proporciona una exposición extensa para muchas cirugías sobre la maxila, cavidad nasal, septum nasal, senos maxilares, etmoides, esfenoides, nasofaringe, base de cráneo y clivus¹. Su indicación ideal es en el papiloma invertido^{1,3}. Una excisión en bloque de la pared lateral nasal es fácilmente

realizada y hasta extensiones dentro de los senos maxilares, etmoides y esfenoides son posibles. El manejo del seno frontal o extensión intracraneal puede requerir un abordaje neuroquirúrgico combinado^{1,2}.

En el nasoangiofibroma juvenil estadios II y III, el abordaje de desguante facial es ampliamente recomendado, incluso tumores con extensión lateral dentro de la fosa pterigomaxilar son de fácil resección por ésta vía⁸. Otras indicaciones importantes son; displasia fibrosa, tumores malignos pequeños y benignos de gran tamaño de los senos maxilares, etmoides, cavidad nasal y septum. En el manejo de mucormicosis y telangiectasia hemorrágica hereditaria es también válido su uso^{1,2}.

El abordaje de desguante facial con maxilectomía medial y etmoidectomía completa proporciona una mejor y nueva alternativa quirúrgica para tratar lesiones del seno esfenoidal y clivus. La remoción completa de cordomas de clivus selectivos y craneofaringiomas puede ser posible. Una combinación con craneotomías frontales y/o temporales permite reseca lesiones que involucren la base del cráneo a nivel central. También debe ser considerada cuando se planea cirugía de la base anterior del cráneo¹.

Esta técnica también permite acceso seguro para cirujanos con experiencia limitada a técnicas endoscópicas¹.

Price, en su reporte de 48 casos (1988), menciona el empleo de la técnica de desguante facial en las siguientes patologías: papiloma invertido⁶, angiofibroma juvenil⁴, sinusitis polipoidea⁹, sinusitis por hongos³, lesiones osteofibrosas², quistes odontogénicos², lesión traumática¹, perforación septal¹, quiste esfenoidal y fístula de líquido cefalorraquídeo¹, meningioma², ameloblastoma², adenoma pituitario¹, histiocitoma fibroso¹, tumor de células fusiformes¹, cordoma², estesioneuroblastoma¹, carcinoma mucoepidermoide², carcinoma adenoideo quístico¹, carcinoma indiferenciado¹ y rabdomiosarcoma².

El mismo autor reporta su asociación con los siguientes procedimientos: maxilectomía medial²⁰, maxilectomía inferior³, maxilectomía total¹, resección craneofacial⁶, resección de clivus³, reparación nasal², pansinusectomía¹⁰, reconstrucción de maxila^{3,1}.

Maniglia, en 1986, reporta los siguientes 30 casos tratados con procedimiento de desguante facial: angiofibroma⁶, papiloma invertido⁸, glioma olfatorio¹, mucocele extracraneal con extensión intracraneal¹, gran perforación septal¹, carcinoma de células escamosas de cornete inferior (radiación fallida)¹, carcinoma de células escamosas de maxila⁸, melanoma maligno de septum nasal¹, adenocarcinoma de cavidad nasal¹, carcinoma adenoideo quístico de paladar duro¹ y fibrohistiocitoma maligno de maxila^{1,2}.

Nosotros reportamos 76 casos manejados con el abordaje de desguante facial durante 8 años (1990 a

1997) con los diagnósticos definitivos mostrados en tabla II.

Definitivamente, las ventajas del abordaje de desguante facial son:

1.- Ausencia de cicatriz facial y/o deformidad cosmética.

2.- Exposición bilateral.

3.- Acceso excelente a lesiones de la cavidad nasal, septum nasal, senos maxilares, etmoides y esfenoides, nasofaringe y clivus^{1,2}.

4.- Exposición y facilidad quirúrgica igual o superior a otros procedimientos tradicionales que requieren incisiones faciales (como Incisión de Weber-Fergusson, rinotomía lateral etc)^{1,5,6}.

5.- Puede ser combinado con incisiones coronales, frontales, temporales y de paladar para lesiones extensas, así como aquellas que implican base de cráneo.

6.- Cuando se establece una gran cavidad nasosinusal, hace su vigilancia postoperatoria más directa y sencilla a través de rinoscopia anterior y/o examinación endoscópica^{1,2}.

Por éstas ventajas sigue siendo catalogada como la técnica más versátil para el manejo de lesiones nasosinusales.

Sus desventajas, que no son propias de la técnica puesto que también se presentan en otros abordajes son: la presencia de costras nasales, principalmente durante los primeros 3 meses, ameritando irrigación continua con solución salina; parestesias a nivel infraorbitario y dental, las cuales frecuentemente desaparecen después de 3 meses; anestesia en hemipaladar, que puede ocurrir cuando se realiza resección del canal palatino.

Las complicaciones que pudieran presentarse con éste abordaje son: en el transoperatorio sangrado importante por lesión de la arteria palatina o arteria maxilar interna y postoperatorias desde hematoma nasal dorsal, epistaxis, fistula oroantral, dacriostenosis hasta estenosis vestibular.

Nosotros compartimos la descripción hecha por autores como Price y Maniglia, en que la técnica de desguante facial es un procedimiento de elección para el manejo de papiloma invertido y nasoangiofibroma juvenil, así como método alternativo para muchas otras patologías.

REFERENCIAS

1. Price JC, Holliday MJ, Kennedy DW, et al. The versatile midface degloving approach. *Laryngoscope* 1988; 98 (3): 291-295

2. Maniglia AJ. Indications and techniques of midfacial degloving. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1986; 112(7):750-752

3. Buchwald C, Franzmann MB, Tos M. Sinonasal papillomas: a report of 82 cases in Copenhagen County, including a longitudinal epidemiological and clinical study. *Laryngoscope* 1995; 105(1):72-79

4. Romo T, Foster CA, Korovin GS. Repair of nasal septal perforation utilizing the midface degloving technique. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114(7):739-742

5. Bingham BJB, Griffiths MV. Sublabial rhinotomy with septal transfixion as an approach to the nasal fossa,

paranasal sinuses and nasopharynx. *The Journal of Laryngology and Otology* 1989;103(7): 661-663

6. Defries HO, Deeb ZE, Hudkins CP. A transfacial approach to the nasal-paranasal cavities and anterior skull base. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114 (7): 766-769

7. Romo T, Jablonski RD, Shapiro AL. Long-term nasal mucosal tissue expansion use in repair of large nasoseptal perforations. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 121(3): 327-331

8. Antonelli AR, Capiello J, Donajo CA, et al. Diagnosis, staging, and treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA). *Laryngoscope* 97 1987; 11:1319-1325

GINKGO BILOBA EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES VESTIBULARES SECUNDARIAS A INSUFICIENCIA VÉRTEBRO-BASILAR

GINKGO BILOBA IN THE TREATMENT OF VESTIBULAR DISORDERS DUE TO VERTEBRO-BASILAR INSUFFICIENCY

HENRYK KAZMIERCZAK, KATARZYNA PAWLAK-OSINSKA

Ludwig Rydygier Universidad Medica University en Bydgoszcz, Polonia

RESUMEN

Se estudiaron 23 pacientes de 34 a 56 años de edad, quienes sufrían de sintomatología vestibular secundaria a insuficiencia vértebro-basilar, y que fueron tratados con extracto de Ginkgo biloba. Se evaluaron los resultados de la electronistagmografía y de la sintomatología, encontrando en la primera, una reducción importante en la presencia de nistagmus cervical y en la segunda, disminución de la cefalea y del acúfeno. Los cambios en otros parámetros o síntomas fueron menos significativos, particularmente en la prevalencia de vértigo y desequilibrio, que no sufrieron cambios. Se concluye que el medicamento es útil en esta patología, pero que no parece influenciar el proceso de compensación vestibular.

ABSTRACT

Twenty-three patients between ages of 34 and 56 who suffered from vestibular disorders due to vertebro-basilar insufficiency were treated with Ginkgo biloba. The electronystagmographical study and the estimation of the subjective complaints were taken into consideration. The results suggested the influence of Ginkgo on the process of vasodilation which was confirmed by the disappearance of the cervical nystagmus. A great number of patients noted the reduction of headache and tinnitus. Usefulness of Ginkgo in the process of vestibular compensation seemed to be less significant.

INTRODUCTION

In the pharmacological treatment of vestibular disorders we take into consideration vasodilation, synaptic neurotransmission and central modulation, in the last case using even sedative medicines^{1,2,3}.

Tanakan --the extract of Ginkgo biloba-- has been confirmed to dilate peripheral vessels. Its usefulness in the curbing of poor cerebral circulation seems to influence balance system disabilities of vascular origin.

The aim of the study was to estimate the utility of Ginkgo biloba, in the treatment of the peripheral and central vestibular disorders of vascular origin.

MATERIALS AND METHODS

A group of 23 persons (9 men and 14 women) between the ages of 34 and 56 who suffered from vertebro-basilar insufficiency was studied. The diagnosis was based on the neurological examination with the presence of typical signs of the insufficient cerebral circulation, changes in the X-ray examination of the cervical column and the alterations in Transscan Doppler sonography of vertebral and/or basilar arteries.

Each patient was treated with Ginkgo, at 120 mg per day during 30 days. No additional medicines were ordered.

The otoneurological examination included the subjective complaints, objective neurological study and electronystagmographical analysis. The tests were done in every case before treatment and on the 30th day of therapy.

The standardized anamnesis system introduced by Prof. C.F. Claussen in 1983 was used to categorize the subjective data; its construction allowed to collect the answers on:

A. Basic syndromes such as headache, loss of initiative, loss of consciousness, feeling of illness.

B. Vertigo syndromes

C. Hearing disturbances including tinnitus.

D. Other cranial nerve disorders.

E. Primary reasons according to the systems dysfunction and posttraumatic signs.

F. Previous therapy.

The appreciation of severity of the complaints was suggested to be done on a 5 stage scale: from "no changes" through "improved" into "worse".

To objectively demonstrate the vestibular signs, the electronystagmographical study of the visual-oculomotor and vestibulo-oculomotor reactions was performed using electronystagmograph AM 15.

The following reflexes were recorded:

1. spontaneous nystagmus with and without fixation
2. positional nystagmus
3. gaze nystagmus
4. optokinetic horizontal nystagmus
5. cervical nystagmus according to J.B Causse test
6. caloric nystagmus as suggested by Brunings

Average slow phase velocity was calculated to search for the asymmetry of optokinetic reaction and caloric proof. Canal weakness and directional preponderance were estimated to detect caloric abnormality.

RESULTS

The anamnesis data are shown in table I; the disappearance of headache and, in lesser extent, of tinnitus were the most perceptible changes, vertigo and balance disturbances had no tendency to decrease after 30 days of therapy with the use of Ginkgo.

On electronystagmography we noticed the pathological vestibular reactions shown in Table II. Before treatment,

TABLE I
Subjective complaints on the standardized
anamnesis system.

Complaints Treatment	Percentage of patients	
	before	after
Headache	43.5	17.4
Loss of initiative	13.0	8.6
Vertigo	82.6	84.0
Balance disorders	86.9	84.0
Tinnitus	39.1	26.0
Hypoacusis	34.8	40.0
Visual disturbances	4.3	4.0
Hypertension	13.0	20.0

among all tested patients, 16 persons showed significant vestibular disabilities of central origin. Such an etiology was suspected on the presence of gaze nystagmus, optokinetic asymmetry, eye tracking disorders and positional nystagmus type I or III according to Nylen classification. In 9 other cases mainly peripheral signs were noted.

After Ginkgo therapy less people demonstrated the cervical evoked nystagmus which proved to be the most significant finding on electronstagnomographical examination.

Furthermore, the visual-oculomotor disturbances seemed to be better influenced than the vestibular-oculomotor ones.

COMMENTS

In vertebro-basilar insufficiency both central and peripheral types of the vestibular disturbances can be observed. It depends on poor blood support affecting the canal-otolith structures from one side and the vestibular nuclei and nystagmoid areas in the mesencephalon and diencephalon from the other side⁵. The vasoactive effect of Ginkgo on the improve-

TABLE II
Pathological findings on
electronystagmography

Findings Treatment	Percentage of patients	
	before	after
Spontaneous nystagmus	13.0	8.6
Positional nystagmus	17.4	13.0
Gaze nystagmus	43.4	21.7
Optokinetic asymmetry	39.1	21.7
Pathologic eye-tracking test	69.5	39.1
Cervical nystagmus	95.6	17.4
Asymmetry of caloric reactions	47.8	37.6

ment of circulation in our material is more efficient in central vestibular pathological signs. The disappearance of cervical nystagmus proves the positive impact on vertebral and consequently basilar blood flow. The survival of the spontaneous and positional nystagmus and labyrinthine asymmetry on caloric tests can be responsible for the persistence of such complaints as vertigo and balance disorders².

The "slightly better" improvement on intensity and annoyance of the tinnitus, declared by our patients and mentioned previously by Claussen et al⁴, may suggest an alternative way to the treatment of this hearing dysfunction.

CONCLUSIONS

1. Ginkgo biloba is efficient in treatment of vestibular disturbances of vascular origin.

2. Blood flow in the region of vertebral-basilar circulation seems to improve after Ginkgo biloba treatment, but the drug's effect on compensation processes seems to be insufficient.

REFERENCES

1. Claussen CF. Schwindel, Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. NES. Edition Werner Rudat Co. Nachf. Hamburg 1992
2. Malavasi-Ganancia M, Caovilla H. Peripheral vestibular syndromes. Acta AWHO 1991;10:4-16
3. Boniver R. Pharmacological effects on central vestibular structures. Proc NES IV 1975;287-304
4. Claussen CF, Claussen E, Bocking HH, Patil NP. Extractum Ginkgo biloba in the combined treatment of vertigo, nausea and tinnitus. Proc NES XVI 1988;583-589
5. Kingma H, Bonink M, Meulenbroeks A, Konijnenberg J. The dose-dependent effect of betahistime on vestibular-ocular reflex: a double blind, controlled study in patients. 3rd Eufos Congress, Int. Proc. Div. Moduzzi Editore 1996;161

CONCHA BULOSA ASOCIADA A SINUSITIS CRÓNICA.

CONCHA BULLOSA ASSOCIATED WITH CHRONIC SINUSITIS.

MARICRUZ PRECIADO OLAIS, ALBERTO PINZON MUSIERA
Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortínez" Veracruz, Veracruz

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de concha bulosa asociada a sinusitis crónica. **Tipo de diseño:** Encuesta comparativa. **Material y metodos:** Se estudiaron 63 pacientes en el periodo comprendido de marzo a agosto de 1997 en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social del Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortínez". Se formaron dos grupos: el grupo I: pacientes con sinusitis crónica pura o asociada a otra patología otorrinolaringológica, el grupo II: pacientes con otra patología otorrinolaringológica sin sinusitis asociada. A todos se les realizó tomografía computarizada de senos paranasales. Se realizó prueba exacta de Fisher para determinar las diferencias entre los dos grupos. **Resultados:** Se observó que en el grupo I (n=42), 7 pacientes (16.6%) presentaron concha bulosa y en el grupo II (n=21), 5 pacientes (23.8%) se relacionaron con dicha variante anatómica ($p < 0.05$). Del total de pacientes estudiados, 12 (19%) se asociaron a concha bulosa. **Conclusión:** La concha bulosa asociada a sinusitis crónica, no fue relevante en nuestro estudio.

ABSTRACT

Objective: To investigate the frequency of concha bullosa associated with chronic sinusitis. **Design:** A comparative canvass. **Methods:** Sixty-three patients were apportioned into two groups: Group I was formed with patients with both pure chronic sinusitis and associated chronic sinusitis with other otorhinolaryngology pathology. Group II included patients to have otorhinolaryngology pathology without associated sinusitis. All patients were also evaluated by computed tomography of paranasal sinuses. The Fisher exact test was used to determine the differences between the groups. **Results:** In the group I (n=42), seven patients (16.6%) had concha bullosa. In group II (n=21), five patients (23.8%) were associated with concha bullosa. ($P < 0.05$). **Conclusion:** We determined that concha bullosa associated with chronic sinusitis was not a significant factor in our study.

INTRODUCCIÓN

La concha bulosa es considerada una variante anatómica del complejo osteomeatal, y se sabe que dichas variantes frecuentemente afectan estructuras como el infundíbulo y el meato medio; ya que estas actúan provocando un estrechamiento de las superficies mucosas facilitando un proceso infeccioso como es la sinusitis crónica.

Actualmente la tomografía computarizada es la técnica diagnóstica por imagen que más se utiliza para valorar la patología sinusal y definir sus variantes anatómicas.

En años recientes el desarrollo de nuevas técnicas e instrumentos quirúrgicos endoscópicos han contribuido positivamente en el diagnóstico de procesos infecciosos sinusales así como patología del complejo osteomeatal.

Se ha observado que existe una frecuencia relevante de sinusitis crónica asociada a concha bulosa en estudios realizados por diversos autores, por lo que el objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de esta variante anatómica asociada o no a los cuadrós sinusales crónicos, observando el comportamiento de los mismos.

ANTECEDENTES

El cornete medio, es una diferenciación celular anatómica del sistema celular del seno etmoidal, puede estar neumatizado o no; cuando este se encuentra excesivamente neumatizado, forma una "concha bulosa"¹, la cuál se considera una variante anatómica del complejo osteomeatal². Clásicamente se ha

observado que el infundíbulo y el meato medio son las estructuras más frecuentemente afectadas por la presencia de variantes anatómicas, ya que éstas pueden actuar provocando un estrechamiento en las superficies mucosas, facilitando un proceso infeccioso.

Un aumento excesivo en la neumatización de un cornete medio puede ocasionar un bloqueo de las estructuras del meato medio; provocando como consecuencia una alteración en la fisiología de los senos paranasales. La compresión del proceso uncinado y la oclusión del infundíbulo incrementan el riesgo de una sinusitis principalmente etmoidal y maxilar².

Está aceptado que la mayoría de las infecciones sinusales son de origen rinogénico. La infección usualmente tiene su inicio en el meato medio, modificando el movimiento ciliar y como consecuencia estancamiento de secreciones. La mayoría de los procesos infecciosos están localizados al meato medio, pero algunos en el recesos frontal y en el infundíbulo etmoidal, los cuales pueden ser obstruidos por una pobre ventilación provocando una infección secundaria de los senos paranasales subyacentes⁵.

Estudios similares, tanto en pacientes pediátricos como en adultos, clasificaron a las diferentes variantes anatómicas que pueden alterar el drenaje de los senos paranasales en el siguiente orden: Cornete medio ampuloso (concha bulosa), cornete medio paradójico, apófisis unciforme prominente, seno maxilar hipoplásico, celdillas de Haller y el *Agger nasi* hiperneu-

matizadas, desviación septal e hipertrofia de cornetes inferiores.

Se ha encontrado a la concha en la siguiente incidencia: Zinreich y cols.: 34%. Lloyd y cols.: 14%. Lusk y cols.: 35%. En general tal incidencia resulta menor en niños que en adultos; es probable que el complejo osteomeatal varíe y se desarrolle en la medida que el paciente pediátrico crezca^{1,3,5,6,7,8,9}.

Por definición, la sinusitis crónica está presente cuando ocurren cambios irreversibles en la mucosa de uno o más senos paranasales.

El diagnóstico está basado en la clínica principalmente; los síntomas de sinusitis crónica son múltiples e inespecíficos, la rinoscopia anterior es muy limitada y los senos paranasales no pueden ser examinados directamente⁹.

La endoscopia nasal con lente de 0° y 30°, se ha considerado un método diagnóstico que puede realizarse inicialmente en el consultorio, permitiéndonos observar áreas de inflamación con tejido polipoideo ó de granulación, así como drenaje patológico de los senos paranasales.

Las limitaciones de este método diagnóstico incluyen: inhabilidad para discernir la extensión de la patología, dificultad para identificar la patología en meato medio cuando éste se encuentre estrecho, y la presencia de espacios ocultos como son: la bulla etmoidal, seno etmoidal, seno etmoidal posterior y esfenoides³.

En la actualidad, la tomografía computarizada en senos paranasales es la técnica diagnóstica por imagen que más se utiliza para valorar la patología sinusal y definir sus variantes anatómicas, tanto en población adulta como en la pediátrica; permitiendo evaluar adecuadamente el complejo osteomeatal y descartar así la presencia de patología⁵.

En años recientes el desarrollo de nuevas técnicas e instrumentos quirúrgicos endoscópicos ha contribuido positivamente en el diagnóstico y tratamiento de procesos infecciosos sinusales, así como patología en el complejo osteomeatal⁵.

Stamm² emplea la cirugía microscópica y funcional de los senos paranasales, la cuál tiene como objetivo principal preservar la mucosa sinusal, asegurando una comunicación satisfactoria de los senos paranasales con la cavidad nasal, permitiendo una ventilación adecuada, así como su drenaje a través de la corrección de las variantes anatómicas del complejo osteomeatal.

Específicamente la cirugía efectuada en la concha bulosa es a través de una turbinectomía parcial bajo visión microscópica, la cuál consiste en una marsupialización, realizando una incisión media y disecando el mucoperiostio, resecaando la pared lateral del cornete medio, recomendando preservar la pared septal para mantener su estructura anatómica y posteriormente proceder a suturar los bordes mucosos con catgut cinco cerros.

Setliff¹⁰ señala que al parecer no hay fundamento para involucrar a los cornetes en la causa de la patología sinusal, excepto en la medida en que los espacios críticos se encuentren afectados.

Los cornetes se aprecian mejor en el contexto de salud general y función de las vías respiratorias, más que como parte participante de la enfermedad sinusal.

Parece ser que su proximidad con la enfermedad sinusal se ha considerado culpable por la asociación sin claros datos de que la haya.

TABLA I
Asociación de Concha Bulosa con otras entidades clínicas

DIAGNÓSTICO	CONCHA BULOSA		SIN CONCHA BULOSA	
	N	%	N	%
GRUPO I N=(42)				
SINUSITIS CRÓNICA	5	11.4	24	57.1
PATOLOGÍA ASOCIADA A SINUSITIS	2	4.7	11	26.1
Asma Bronquial	1		1	
Rinitis Alérgica			1	
Rinitis Atrófica	1		2	
Tumores Benignos			3	
Desviación Septal			2	
Hipertrofia de Cornetes			1	
Linfoma No Hodking			1	
GRUPO II (N=21)				
PATOLOGÍA NO ASOCIADA A SINUSITIS	5	23.8	16	76.1
Síndrome de Obstrucción Nasal	1			
Rinitis Alérgica	1		1	
Tumores Benignos	2		7	
Linfoma No Hodking de SPN			1	
Desviación Septal			4	
Hipertrofia de Cornetes			1	
Hipertrofia Adenoidea	1			
Dacriocistitis Crónica			1	
TOTAL	12	19	51	80.9

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue una encuesta comparativa, se consideró como variable independiente a la concha bulosa, y como variable dependiente a la sinusitis crónica.

Se estudiaron 63 pacientes que acudieron a la consulta externa y/o referidos por urgencias al servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortínes", a los cuales se les diagnosticó clínicamente sinusitis crónica en el periodo comprendido del 1° de marzo al 31 de agosto de 1997.

A todos los pacientes se les realizó una historia clínica y exploración física, posteriormente se refirieron al servicio de rayos X para la realización de tomografía computarizada de senos paranasales.

Se formaron dos grupos: el grupo I (n=42), pacientes con sinusitis crónica pura o asociada a otra patología otorrinolaringológica y el grupo II (n=21), pacientes con otra patología otorrinolaringológica y que no tenían sinusitis crónica.

Se aplicó la prueba exacta de Fisher como método estadístico para determinar diferencias entre los dos grupos.

RESULTADOS

De los 63 pacientes estudiados, la mediana de edad fue de 39.7 años, con un rango de 8 a 80 años. El sexo masculino predominó sobre el femenino en un 56%.

En el grupo I (n=42), 13 pacientes con sinusitis crónica se asociaron a otra patología otorrinolaringológica, 7 pacientes (16.6%) tenían concha bulosa; de los que 5 tenían sinusitis crónica pura y 2 sinusitis crónica asociada a otra patología.

En el grupo II (n=21), 5 pacientes (23.8%) presentaron concha bulosa.

Se observó que fue mayor porcentaje de pacientes con concha bulosa asociada a otra patología otorrinolaringológica que no fue sinusitis crónica. No hubo diferencia estadística significativa entre los grupos ($p > 0.05$).

Del total de 63 pacientes estudiados sólo 12 (19%) tenían concha bulosa asociada o no a sinusitis crónica o a otra patología otorrinolaringológica.

Las principales patologías asociadas y no asociadas a sinusitis crónica que encontramos fueron los tumores benignos (tabla I).

DISCUSIÓN

La frecuencia de la concha bulosa encontrada en el presente estudio fue de 19%, cercana a la reportada por Lloyd de 14%⁵. April⁷, afirma que la incidencia de anomalías anatómicas identificadas en su estudio, es similar a las reportadas en los adultos (24%), excepto por el bajo porcentaje de deformidades septales en niños; Milczuk⁶, en 136 niños encontró que el 9.6% de sus pacientes presentaron concha bulosa, influyendo en el desarrollo sinusitis etmoidal y maxilar.

Setliff¹⁰, afirma que no hay fundamento para involucrar a los cornetes en la patología sinusal excepto en la medida en

que se afectan los espacios críticos en cuestión y por su proximidad con la enfermedad se ha considerado por su asociación sin claros datos de que la haya. El infundíbulo y el meato medio son las estructuras más frecuentemente afectadas por variantes anatómicas con estrechez de los espacios y superficies mucosas facilitando la infección.

Zinreich³, encontró que la enfermedad inflamatoria afecta más frecuentemente al meato medio en 72%. Y en un estudio de 320 pacientes evaluados por enfermedad sinusal, 34% tuvieron concha bulosa.

Nosotros observamos sólo 5 pacientes (23.8%) con otra patología otorrinolaringológica asociada a concha bulosa y 7 (16.6%) con sinusitis crónica pura o asociada a concha bulosa. Nadas¹¹, estudia la relación de la concha bulosa asociada a enfermedad sinusal en 308 pacientes, encontrando en un 53% de los casos esta variante anatómica, apoyando la hipótesis de que la concha bulosa puede contribuir en la patogénesis de la enfermedad inflamatoria sinusal.

CONCLUSIONES

La edad más afectada en los casos estudiados fue la tercera década de la vida, lo cual corrobora la frecuencia mostrada por los otros autores con respecto a la edad pediátrica.

La frecuencia de concha bulosa asociada a otra patología otorrinolaringológica sin sinusitis crónica fue relevante en nuestro estudio y llaman la atención la rinitis alérgica, desviación septal, hipertrofia de cornetes, hipertrofia adenoidea y tumores benignos y malignos principalmente.

Consideramos que una variante anatómica como es la concha bulosa, es un factor que predispone en forma simbólica en la fisiopatología de la sinusitis crónica, como es fundamentado en los estudios realizados por diversos autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lusk RP, McAlister B. Variaciones anatómicas en sinusitis crónica pediátrica. Tomografía Computarizada. Clin. Otorrinolaringol de Norteam. 1996;1:77-93.
2. Stamm AC. Cirugía Microendoscópica Naso-Sinusal. 1a. ed. Livraria Editora. Rio de Janeiro. 1995;183:214.
3. Zinreich SJ, Kennedy DW. Paranasal Sinuses: CT Imaging Requirements for endoscopic Surgery. Radiology. 3. 1997;163:769-75.
4. Zinreich SJ, Mattox DE. Concha Bullosa: CT Evaluation. J Comput Assist Tomogr. 1988;12:778-87.
5. Lloyd DM, CT of the paranasal sinuses: Study of control series in relation to endoscopic sinus surgery. Journal of Laryngology and otology. 1990;104:477-87.
6. Milczuk HA, Dalley RW. Nasal and paranasal Sinus Anomalies in Childrens with Chronic Sinusitis. Laryngoscope 1993;103:247-52.
7. April MM, Zinreich SJ. Coronal CT Scan Abnormalities in Children with Chronic Sinusitis. Laryngoscope. 1991;103:985-90.
8. Gwaltney JM, Phillips CD. Computed Tomographic Study of the Common Cold. The New Eng Journal of Med. 1994;330:25.
9. Havas TE, Prevalence of Incidental Abnormalities on Computed Tomographic Scans of the Paranasal Sinuses. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1998;114:856-59.
10. Setliff RC. Cirugía sinusal mínimamente invasiva. Clin Otorrinolaringol de Norteam. 1996;1:119-33.
11. Nadas S, Duvoisin B; Concha Bullosa: Frequency and appearances on CT and correlations with sinus disease in 308 patients with sinusitis. Neuroradiology. 1995;3:234-7.

SELECCIÓN DE LA ESPECIALIDAD Y TENDENCIAS PROFESIONALES EN RESIDENTES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE MÉXICO.

SELECTION OF SPECIALTY AND PROFESSIONAL AFFINITIES IN OTOLARYNGOLOGY RESIDENTS IN MEXICO.

GERMAN FAJARDO DOLCI, EDGAR NOVELO GUERRA,
JOSÉ ÁNGEL GUTIÉRREZ MARCOS, MA. EUGENIA PONCE DE LEÓN
Universidad Nacional Autónoma de México y Hospital General de la Ciudad de México

RESUMEN

La elección de la especialidad médica es el resultado de un proceso dinámico, complejo, lento y gradual que se basa en las experiencias de la práctica clínica del pregrado, imagen profesional y expectativas económicas, entre otros factores. El estudio investiga en 165 residentes de otorrinolaringología del país el motivo que los guió a esta especialidad y a determinada institución. La decisión de especializarse en otorrinolaringología fue personal en el 95% de los estudiantes encuestados, el 49% de ellos esta realizando la especialidad por ampliar conocimientos en un área de su interés y el 59% lo lleva a cabo en determinada institución porque considera que en ella puede tener la mejor práctica clínico-quirúrgica. El 81% indicó que desea trabajar en una institución del sector público al terminar la especialidad.

ABSTRACT

The selection of specialty is the result of a complex, dynamic, and slow process which is based on several factors, including clinical experiences in medical school, professional image, and economical expectations. This study explores the motives that 165 otolaryngology residents had in choosing this specialty and the institution in which to realize their studies. The decision to specialize in otolaryngology was personal in 95% of those polled, 49% are pursuing their studies to expand their knowledge in a specific area, and 59% chose the institution according to where they thought they would obtain the most clinical and surgical experience. The majority (81%) expressed their wish to work in a public sector institution after finishing their studies.

INTRODUCCIÓN

La especialización médica es el resultado de un proceso educativo orientado a la adquisición y aplicación de conocimientos propios de una rama de la medicina, para lo cual se requiere también desarrollar destrezas y habilidades, así como actitudes características para el ejercicio de determinada disciplina¹. Diversos factores influyen en la elección de una especialidad, como son antecedentes familiares, antecedentes escolares, experiencias intra y extrahospitalarias, relación con los maestros y la visión personal del estudiante de la medicina y su futuro desarrollo profesional.

Algunos autores han señalado que el género es un factor determinante ya que las mujeres eligen con frecuencia especialidades que les permitan combinar más adelante su papel social de esposa-madre con el de profesional de la salud, como son especialidades con práctica clínica programada, sin urgencias²; otros estudios³ indican que las mujeres prefieren especialidades no quirúrgicas, mientras que los hombres tienen tendencia hacia ellas.

El origen social y escuela o facultad de estudios como parte de la teoría de la movilidad social son factores que de manera importante influyen en esta decisión, lo que indica que los futuros médicos provenientes de un estrato socio-económico bajo serán médicos generales o elegirán una especialidad primaria y los provenientes de un estrato socioeconómico mayor decidirán por alguna especialidad o subespecialidad⁴. Así mismo también se menciona que la elección de la especialidad se fundamenta en la relación directa con el paciente, la realización de diversos procedimientos, trabajo en horas hábiles y prestigio de la especialidad⁵.

Diversos estudios señalan que la predicción del camino que tomará un grupo de estudiantes de medicina se puede suponer en base a la universidad donde estudió⁶ y por ende al plan de estudios de ésta, con el consiguiente enfoque en particular, ya sea hacia la comunidad, hacia la medicina general familiar, la especialidad o subespecialidad, sin embargo estudios nacionales demuestran que sin importar la escuela o plan de estudios la mayoría de los médicos desea especializarse⁷.

En U.S.A., donde la tendencia gubernamental y universitaria es hacia la atención primaria, se ha observado un cambio progresivo e independiente de las preferencias de los estudiantes hacia diferentes especialidades teniendo un mayor interés la medicina interna, gineco-obstetricia, psiquiatría, anestesia, imagenología y rehabilitación, con un decremento en la cirugía general, medicina familiar, patología y salud pública⁸. Cabe destacar que en la actualidad existen recompensas económicas importantes para aquellos médicos que se dedican a la medicina interna y medicina familiar en ese país.

Otras investigaciones⁹ en una revisión de la literatura concluyen que la historia personal de cada estudiante (lugar de origen, sexo, formación escolares) es insuficiente para determinar la elección y que la experiencia hospitalaria, las expectativas familiares y las económicas juegan un papel muy importante.

De esta manera la decisión final basada entre otros factores por la conformación de una imagen o patrón profesional de cada una de las especialidades médicas y los procesos educativos, la forma de transmisión del conocimiento y los valores

ideológicos que se conoce como currículum oculto, son elementos importantes en la selección de la especialidad a seguir¹⁰.

Es importante señalar como un grupo de estudiantes podrá elegir su especialidad subyugados por la alta tecnología utilizada en ella, pensando que de esta manera se encontrará ejerciendo una medicina de vanguardia que irá más de acuerdo a la época que le tocará vivir, ya que la medicina actual es un proceso dinámico y renovador conforme al avance del conocimiento y disponibilidad de tecnología¹¹.

La especialidad en ORL es pretendida por aproximadamente el 4 - 5% de los aspirantes a residencias del país y es la segunda en demanda en relación aspirantes-plazas solo detrás de gineco-obstetricia⁷.

Otro punto determinante es la elección del sitio donde realizar la especialidad, ya que el estudiante tratará de elegir como primera opción la mejor sede para cultivar la especialidad de su elección, de acuerdo a su criterio, experiencia y prestigio de la institución y sus profesores.

En esta investigación se explora cuales son las características sociales, antecedentes académicos, motivación e interés hacia la especialidad de ORL y que espera el egresado de ella hacia el futuro.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio es descriptivo y el método de investigación fue a través de un cuestionario de 14 preguntas cerradas con variables dependientes e independientes. Fue solicitada su aplicación a todos los residentes de ORL del país, contestando en un 85% en las sedes reconocidas por el Consejo Mexicano de Otorrinolaringología. El cuestionario fue contestado en forma anónima en una sola sesión de no más de 20 minutos.

RESULTADOS

Se obtuvo información de 165 residentes del País, 83 del sexo femenino y 82 del masculino, cuyas características demográficas se presentan en las tablas I y II.

El 44% de los encuestados provienen de instituciones de educación superior estatales privadas o públicas, 38% la Universidad Nacional Autónoma de México, 7% de la Universidad La Salle, 7% de la Universidad Anáhuac y 4% del Instituto Politécnico Nacional.

El 83% de los encuestados presentó el examen nacional de residencias en una sola ocasión, 16% 2 veces y 1% en mas de dos ocasiones. El número de alumnos por año de residencia fue decreciente e inversamente proporcional, ya que en primer año se situó el 31%, en segundo 26%, en tercero 22% y en cuarto 21%.

La decisión de estudiar la especialidad de otorrinolaringología fue personal en el 95%, influenciado por sus amigos 3%, por su maestros 1% y por su familia 1%.

El 56% de la población estudiada indicó que escogió esa institución para realizar sus estudios de posgrado porque es la que mas posibilidades de práctica clínico-quirúrgica ofrece, 34% porque es la institución de mas alto nivel académico, 2% porque es la institución que ofrece oportunidades de trabajo al terminar la carrera y 8% por otras razones.

Para el 49% el motivo de elegir esa especialidad fue para ampliar conocimientos en un área de su interés, el 16.4% eligió la especialidad porque los padecimientos de la especialidad son muy comunes y frecuentes, por lo que siempre habrá

TABLA I
Estado civil de los residentes de otorrinolaringología encuestados

ESTADO CIVIL	n	%
Soltero	91	55
Casado	68	41
Unión libre	2	1
Viudo	0	0
Divorciado	4	2.4

TABLA II
Edad de los residentes de otorrinolaringología encuestados

EDAD (años)	n	%
menos de 25	20	12
25 a 30	124	75
31 a 34	16	10
35 o mas	5	3

trabajo, 7.2% eligió por las expectativas económicas que ofrece.

Para el 60% de los encuestados el área de mayor interés de la especialidad es la nariz y senos paranasales, 30% tiene predilección por el oído y 10% por la laringe y cuello.

Al terminar la especialidad el 81% tiene la intención de combinar la práctica pública con la privada, 14% práctica privada exclusivamente y 5% en la pública.

El 60% tiene la expectativa de ejercer en la ciudad de México y 40% en provincia.

Todos los encuestados manifestaron interés por la práctica docente y la investigación además del ejercicio clínico.

DISCUSIÓN

Es evidente que los alumnos no consideran suficiente la formación del pregrado para cumplir sus expectativas y que la especialización es importante para concluir su formación. La decisión del médico recién egresado de elegir una especialidad es un fenómeno complejo, dinámico, lento y cambiante donde son determinantes las experiencias del pregrado, las influencias del plan de estudios de la universidad, de la familia y las expectativas económico-sociales, entre otras¹⁰.

La participación de la mujer en la medicina y en la otorrinolaringología ha ido en aumento en los últimos años, así en este momento las mujeres ocupan la mitad de las plazas disponibles para realizar la especialidad. De acuerdo a otros reportes la mujer prefiere especialidades como la ORL donde gran parte del trabajo es programado y existen pocas urgencias, lo que les permite desarrollar eventualmente mas adelante su papel social de madre-esposa.

Es importante destacar que el 40% de los residentes esta casado, lo que les crea una distracción, preocupación y respon-

sabilidad mayor que los solteros y probablemente disminuye su rendimiento hospitalario, sin embargo esto habría que comprobarlo con un estudio dirigido y específico.

La procedencia escolar de un número representativo de residentes es de la Facultad de Medicina de la UNAM que es la escuela mas importante y grande del este País

Es destacable que el 83% de los encuestados presentaron en una sola ocasión el examen nacional de selección. Si bien la mayoría de las residencias no son piramidales, el número de alumnos fue disminuyendo progresivamente conforme fue aumentando el año de residencia. Es importante señalar que el 95% indicó que la decisión de estudiar esta especialidad fue personal y no influenciado por maestros, familia, amigos, etc.

Mas de la mitad de los encuestados indicaron que eligieron determinada institución para realizar la especialidad ya que de

acuerdo a su criterio ofrece mas posibilidades de práctica clínico-quirúrgica y el 34% porque es la institución de mas alto nivel académico, dejando solo un bajo porcentaje (2%) porque ofrezca oportunidades de trabajo al terminar la especialidad, lo que indica que la mayoría de los estudiantes se guían de acuerdo a donde consideran que pueden tener una mejor formación para su futura vida profesional y seguramente esta basada en la experiencia que los alumnos tuvieron en determinada institución en el transcurso del pregrado.

Los residentes en el 81% señalaron que no desean ejercer exclusivamente la medicina privada, es probable que esto se deba a la importancia que le otorgan a las labores de investigación y docencia que se realizan en instituciones públicas.

REFERENCIAS

1. Villalpando Casas JJ. Desafíos de la especialización médica. *Rev ORL Mex* 1997;42(1): 8
2. Mcgrath E, Zimet C. Female and male medical students: differences in speciality choice selection and personality. *Journal of Medical Education* 1977; 52:293-300
3. Gruppen L, Brown D. Longitudinal change in speciality preferences: Sex differences. In *Research in medical education: proceedings of the twentieth annual conference*, PP. 100-105 Washington D.C. Association of American Medical Colleges 1981
4. Kassler W. Why medical students choose primary care careers. *Academic Medicine* 1991; 66:41-2
5. Gunzberg LK, Loesch T, Leischner R, Eileen H. Differences in residency performances and speciality choices between graduates of three and four year curricula. *Acad Med* 1991, 66:47-8
6. Babbot D, Baldwin DC Jr, Killian CD, Weaver SO. Trends in evolution of speciality choice: Comparison of U.S. medical school graduates in 1983 & 1987. *JAMA* 1989; 261:2367-73
7. Fajardo Dolci GE, Laguna Garcia J, Ponce de León Ma, Gutiérrez H. Selección de la carrera y perspectivas de desarrollo profesional en estudiantes de medicina. *Salud Pública de Mex.* 1995;37:31-6
8. Ernst RL, Yett DE. *Physician location and speciality choice*. Ann Arbor, Michigan. Health Administration Press, 1985
9. Jarillo-Soto E, Arroyave G, Chapela MC. Algunas determinantes en la confirmación de los patrones profesionales en estudiantes de medicina. *Salud Pública Mex* 1992;34:455-66
10. McCarly DJ. Why are today's medical students choosing high technology specialities over internal medicine? *New England Journal of Medicine* 1987;317:567-9
11. Babbott D, Baldwin D, Williams D. The stability of early speciality preferences among US medical school graduates in 1983. *JAMA* 1988;259:1970-5

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES SOBRE LA FORMA DE PRESENTAR SUS MANUSCRITOS.

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA MEXICANA acepta trabajos presentados en los Congresos de la SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, de la ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO y de la SOCIEDAD MEXICANA DE AUDIOLOGÍA Y FONIATRÍA, así como artículos independientes, cartas al Editor, comentarios o artículos de revisión relacionados con la Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello que sean inéditos y que sean aprobados por el Consejo Editorial. Los manuscritos deberán ser enviados al Editor, Dr. Jorge Corvera, a la dirección de la revista: Eugenia 13-403 Colonia Nápoles, México D.F. 03810, México, Tel. 669 0263, Fax 543 9363.

Los manuscritos son evaluados por el sistema de "revisión por iguales" (peer review) para poder ser aceptados. Los manuscritos aceptados serán propiedad de la Revista y no podrán ser publicados en otro lugar, completos o en parte, sin la autorización por escrito de los Anales de Otorrinolaringología Mexicana.

Por el simple hecho de que el (los) autor(es) sometan el texto de su trabajo a consideración para su publicación en los "Anales de Otorrinolaringología Mexicana", aceptan todas las modificaciones de tipo editorial que los Editores de la revista juzguen necesarias.

La responsabilidad de las ideas expresadas en los artículos, así como de la posible infracción a los derechos de autor de terceros, recae exclusivamente en el (los) autor(es) que firma(n) el trabajo.

Por favor estudie con cuidado las siguientes instrucciones. Los manuscritos son leídos ópticamente (scanner). Los manuscritos que no cumplan los requisitos, podrán sufrir retraso en su publicación o ser rechazados.

El manuscrito debe ser precedido con una página expresando el título exacto, los nombres completos de el o los autores y sus afiliaciones institucionales. Deberá llevar por separado nombre, dirección, teléfono, fax y correo electrónico si es posible, del autor con quién haya que establecer la correspondencia. El resto del texto no deberá llevar referencia alguna a los nombres de los autores o a la Institución en que se realizó, para evitar prejuicio en el proceso de revisión para su aceptación. Si se presentó en alguna reunión científica, deberá expresarse en forma completa el nombre de la reunión, la fecha y el lugar en que se realizó.

RESUMEN DE REQUISITOS TÉCNICOS

1. Doble espacio en todo el manuscrito.
2. Iniciar cada sección del manuscrito en página aparte.
3. Seguir esta secuencia: página del título (inicial), resúmenes, texto, agradecimientos, referencias, cuadros (cada uno en una página por separado), y pies o epígrafes de las ilustraciones (figuras).
4. Las ilustraciones (fotografías sin montar) no deben ser mayores de 203 x 254 mm (8 x 10 in.).

5. Enviar tres copias del artículo.

6. Conservar copias de todo lo enviado.

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Con muy pocas excepciones, el texto de los artículos de observación y experimentales debe estar dividido en secciones con los títulos: Introducción, Métodos, Resultados, y Discusión.

Los artículos extensos pueden necesitar subtítulos dentro de algunas secciones a fin de hacer más claro su contenido (especialmente las secciones de Resultados y Discusión).

Otros tipos de artículos, como los informes de casos, revisiones y editoriales requieren otras estructuras.

Mecanografíese o imprímase el manuscrito en papel bond blanco, de la medida estándar ISO A4 (212 x 297 mm), con márgenes de 25 mm (1 in.). Usar tipos sencillos, como Courier New o similares, de 12 puntos.

Escribir o imprimir solamente sobre una cara del papel.

Utilizar doble espacio a lo largo de todo el documento.

Enumerar las páginas en forma consecutiva, empezando por la del título. Anotar el número correspondiente de página sobre el ángulo inferior del lado derecho de cada página.

Manuscritos en disquete. Se dará preferencia a los artículos que se reciban acompañados de una copia en forma electrónica (en disquetes); son aceptables los formatos con programas comunes, como Words o Word Perfect, o como archivos de texto ASCII.

Cuando se envíen disquetes, los autores deberán cerciorarse de incluir una copia impresa de la versión del artículo en disquete; incluir en el disquete únicamente la versión más reciente del manuscrito, titular el archivo claramente y etiquetar el disquete con el nombre del archivo y el formato (software) empleado.

Página del título (inicial). La página inicial contendrá:

- A) El título del artículo, que debe ser conciso pero informativo;
- B) El nombre y apellido (s) de cada autor, acompañados de sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional;
- C) El nombre del Departamento o Departamentos e Institución o Instituciones a los que se debe atribuir el trabajo;
- D) Declaraciones de descargo de responsabilidad, si las hay;
- E) Nombre y dirección del autor responsable de la correspondencia relativa al manuscrito;
- F) Fuente(s) del apoyo recibido en forma de subvenciones, equipos, medicamentos, o de todos éstos.

Resúmenes. La segunda página incluirá un resumen estructurado de no más de 250 palabras. En éste deberá indicarse: 1.- Los propósitos del estudio o investigación; 2.- Los procedimientos básicos (la selección de sujetos de estudio o animales de laboratorio; los métodos de observación y analíticos); 3.- Los hallazgos principales (dando datos específicos y si es posible, su significancia estadística); y 4.- Las conclusiones

principales. El resumen no debe tener citas bibliográficas ni discusión.

El resumen se acompañará con una versión en idioma Inglés, cuyo contenido deberá ser idéntico al de la versión en Español.

Introducción. Expresé el propósito del artículo y resume el fundamento lógico del estudio u observación. Mencione las referencias estrictamente pertinentes, sin hacer una revisión extensa del tema. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer.

Métodos. Describa claramente la forma como se seleccionaron los sujetos observados o de experimentación (pacientes o animales de laboratorio, incluidos los controles). Identifique la edad, sexo, y otras características importantes de los sujetos. Identifique los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis), y procedimientos con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. Proporcione referencias de los métodos acreditados, incluidos los métodos estadísticos. De referencias y descripciones breves de métodos ya publicados pero que no son bien conocidos; describa los métodos nuevos o sustancialmente modificados, manifestando las razones por las cuales se usaron, y evaluando sus limitaciones. Identifique exactamente todos los medicamentos y los productos químicos utilizados, incluyendo el nombre genérico, dosis, y vías de administración.

Los artículos de ensayos clínicos aleatorizados deberán dar información sobre todos los elementos importantes del estudio, incluyendo el protocolo (población de estudio, intervenciones o exposiciones, resultados, y el razonamiento para el análisis estadístico), asignación de intervenciones (métodos de ordenación aleatoria, ocultamiento de distribución a los grupos de tratamiento), y el método de enmascaramiento (ciego).

Los autores que envíen artículos de revisión deben incluir una sección que describa los métodos utilizados para la ubicación, selección, extracción, y síntesis de los datos. Estos métodos también deberán sintetizarse en el resumen.

Ética. Cuando se informe sobre experimentos en seres humanos, señale si los procedimientos que se siguieron estuvieron de acuerdo con las normas éticas del comité (institucional o regional) que supervisa la experimentación en seres humanos y con la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983. No use el nombre, las iniciales, ni el número de clave hospitalaria de los pacientes, especialmente en el material ilustrativo. Cuando dé a conocer experimentos con animales, mencione si se cumplieron las normas de la Institución o cualquier ley nacional sobre el cuidado y uso de los animales de laboratorio.

Estadística. Describa los métodos estadísticos con detalle suficiente para que el lector versado en el tema y que tenga acceso a los datos originales, pueda verificar los resultados presentados. Cuando sea posible, cuantifique los hallazgos y preséntelos con indicadores apropiados de error o incertidumbre de la medición (por ej., intervalos de confianza).

No dependa exclusivamente de las pruebas de comprobación de hipótesis estadísticas, tales como el uso de los valores de P, que no transmiten información cuantitativa importante. Analice la elegibilidad de los sujetos de experimentación. Dé los detalles del proceso de aleatorización. Describa la metodología utilizada para enmascarar las observaciones (método ciego).

Informe sobre las complicaciones del tratamiento. Especifique el número de observaciones. Señale las pérdidas de sujetos de observación (por ej., las personas que abandonan un ensayo clínico). Siempre que sea posible, las referencias sobre el diseño del estudio y métodos estadísticos serán de trabajos vigentes (indicando el número de las páginas), en lugar de artículos originales donde se describieron por vez primera. Especifique cualquier programa de computación de uso general que se haya empleado.

Las descripciones generales de los métodos utilizados deben aparecer en la sección de Métodos. Cuando los datos se resumen en la sección de Resultados, especifique los métodos estadísticos utilizados para analizarlos.

Limite el número de cuadros y figuras al mínimo necesario para explicar el tema central del artículo y para evaluar los datos en que se apoya.

Use gráficas o cuadros solo cuando sean indispensables para la claridad del trabajo y nunca repita datos en texto, gráficas o cuadros.

Evite el uso no técnico de términos de la estadística, tales como "al azar" (que implica el empleo de un método aleatorio), "normal", "significativo", "correlación", y "muestra". Defina términos, abreviaturas, y la mayoría de los símbolos estadísticos.

Resultados. Presente los resultados en sucesión lógica dentro del texto (al que deberá darse preferencia siempre), cuadros e ilustraciones. No repita en el texto datos de cuadros o ilustraciones; enfatice o resume tan sólo las observaciones importantes.

Discusión. Haga hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellos. No repita en forma detallada los datos u otra información ya presentados en la sección de Introducción y Resultados. Explique en la sección de Discusión el significado de los resultados y sus limitaciones, incluyendo sus consecuencias para investigaciones futuras. Relacione las observaciones con otros estudios pertinentes.

Establezca el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio evitando hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos.

En particular, los autores evitarán hacer declaraciones sobre costos y beneficios económicos a menos que su manuscrito incluya análisis y datos económicos.

Evite reclamar prioridad y aludir a un trabajo que no se ha finalizado. Proponga nuevas hipótesis cuando haya justificación para ello, pero identificándolas claramente como tales. Las recomendaciones, cuando sea apropiado, pueden incluirse.

Agradecimientos. Se deberán especificar como apéndice del texto:

A) Colaboraciones que deben ser reconocidas pero que no justifican autoría, tales como el apoyo general del jefe del departamento;

B) La ayuda técnica recibida;

C) El agradecimiento por el apoyo financiero y material, especificando la naturaleza del mismo; y

D) Las relaciones financieras que pueda crear un conflicto de intereses.

Las personas que colaboraron intelectualmente pero cuya contribución no justifica la autoría pueden ser citadas por su nombre añadiendo su función o tipo de colaboración - por

ejemplo, "asesor científico", "revisión crítica del propósito del estudio", "recolección de datos", o "participación en el ensayo clínico". Estas personas deberán conceder su permiso para ser nombradas. Los autores son responsables de obtener la autorización por escrito de las personas mencionadas por su nombre en los Agradecimientos, dado que los lectores pueden inferir que éstas respaldan los datos y las conclusiones.

El reconocimiento por la ayuda técnica recibida figurará en un párrafo separado de los testimonios de gratitud por otras contribuciones.

Referencias. Las referencias deberán enumerarse con números arábigos consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto. El número aparecerá entre paréntesis, no se subraye y no se eleve. Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numerarán siguiendo una secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.

Emplee el formato de los "Requisitos uniformes" (estilo de Vancouver), que se basa en su mayor parte en un estilo estándar ANSI que utiliza la U.S. National Library of Medicine en el Index Medicus.

Notese: Número de referencia sin guión, no comas ni puntos excepto para separar con comas cada autor. Con puntos, solo se separa Autores. Título. Solo minúsculas excepto letra inicial tras el punto y letra inicial de nombres propios. No punto final después de la cita.

EJEMPLOS DE CITAS EN REVISTAS PERIÓDICAS

- *Artículo ordinario de revista:*
 1. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996; 124: 980-3
- *Más de seis de autores:*
 1. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73: 1006-12
- *Autor corporativo*
 1. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4
- *No se indica el nombre del autor*
 1. Cancer in South Africa (editorial). *S Afr Med J* 1994; 84: 15
- *Suplemento de un número*
 1. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23 (1 Supl 2): 89-97
- *Parte de un número*
 1. Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. *N Z Med J* 1994; 107 (986 Pt 1): 377-8
- *Indicación del tipo de artículo, según corresponda*
 1. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347: 1337.

LIBROS Y MONOGRAFÍAS

- *Individuos como autores*
 1. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd. ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996
- *Directores (editores) o compiladores como autores*

1. Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996

- *Una organización como autor y editor*
 1. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington (DC): The Institute; 1992
- *Capítulo de libro*
 1. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd. ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78
- *Actas de conferencias o congresos*
 1. Kimura J, Shibasaki H, editores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996
- *Artículo publicado en actas de conferencias o congresos*
 1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editores. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland, Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5
- *Tesis doctoral*
 1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995

Otros Trabajos Publicados

- *Artículo de periódico*
 1. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col.5)
- *Diccionario y referencias similares*
 1. Stedman's medical dictionary. 26th. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20
- *Obras clásicas*
 1. The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete works of William Shakespeare. London: Rex; 1973

TRABAJOS INÉDITOS

1. Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997

Cuadros o Tablas. Mecanografía o imprenta cada cuadro a doble espacio y en hoja por separado. No presente los cuadros en forma de impresiones fotográficas. Numérelos consecutivamente con números romanos, siguiendo el orden en que se citan por primera vez en el texto, y asigne un título breve a cada uno. Cada columna llevará un título corto o abreviado.

Las explicaciones irán como notas al pie y no en el encabezamiento. Explique todas las abreviaturas no usuales que se utilizaron en cada cuadro.

Identifique las medidas estadísticas de variación, tales como la desviación estándar y el error estándar de la media.

No trace líneas horizontales ni verticales en el interior de los cuadros.

Cerciórese de que cada cuadro sea citado en el texto.

Ilustraciones (Figuras). Se aceptarán ilustraciones a color solo si el Consejo Editorial considera que incrementan en forma importante el valor informativo del manuscrito, pero los autores deberán cubrir los costos de la impresión a color, si los hubiese. Podrán ser enviados como impresiones de 12.5 x 17.5 cm o como diapositivas de 35 mm POR TRIPLICADO. La

Revista no se responsabiliza de pérdida de las ilustraciones que, en todo caso, no serán regresadas al autor excepto si el trabajo no se publicase.

Envíe los juegos completos de figuras, que deberán ser dibujadas y fotografiadas profesionalmente; no se aceptarán los letreros trazados a mano o con máquina de escribir. En lugar de dibujos, radiografías, y otros materiales de ilustración originales, envíe impresiones fotográficas en blanco y negro, bien contrastadas, en papel satinado (brillante), y que midan 127 x 178 mm (5 x 7 in.) sin exceder de 203 x 254 mm (8 x 10 in.). Las letras, números, y símbolos deberán ser claros, y uniformes en todas las ilustraciones y de tamaño suficiente para que sigan siendo legibles incluso después de la reducción necesaria para publicarlas. Los títulos y explicaciones detalladas se incluirán en los pies o epígrafes, no sobre las propias ilustraciones.

Al reverso de cada figura pegue una etiqueta de papel que indique el número de la figura, nombre del autor, y cuál es la parte superior de la misma. No escriba directamente sobre el dorso de las figuras ni las sujete con broches para papel (clips), pues se rompen y quedan marcadas. Las figuras no se doblarán ni se montarán sobre cartón o cartulina.

Las fotomicrografías incluirán en sí mismas un indicador de la escala. Los símbolos, flechas, o letras usados en éstas deberán contrastar claramente con el fondo.

Si se utilizan fotografías de personas, éstas no deberán ser identificables o de lo contrario, habrá que anexar un permiso por escrito para poder usarlas (véase Protección de los Derechos del Paciente a la Privacidad).

Las figuras deberán numerarse consecutivamente con números arábigos de acuerdo con su primera mención en el texto. Si una figura ya fue publicada, se dará a conocer la fuente original y se presentará la autorización por escrito que el titular de los derechos de autor (copyright) concede para reproducirla. Este permiso es necesario, independientemente de quien sea el autor o la editorial, a excepción de los documentos del dominio público.

Leyendas (pies de figuras) para ilustraciones. Los pies o epígrafes de las ilustraciones se mecanografiarán o imprimirán a doble espacio, comenzando en hoja aparte e identificándolos con los números arábigos correspondientes. Cuando se utilicen símbolos, flechas, números, o letras para referirse a ciertas partes de las ilustraciones, será preciso identificar y aclarar el significado de cada uno en el pie o epígrafe. En las fotomicrografías habrá que explicar la escala y especificar el método de tinción.

Unidades de medida. Las medidas de longitud, talla, peso, y volumen se expresarán en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilogramo, litro) o en sus múltiplos y submúltiplos. Las temperaturas deberán registrarse en grados Celsius. Los valores de presión arterial se indicarán en milímetros de mercurio. Todos los valores hemáticos y de química clínica se presentarán en unidades del sistema métrico decimal y de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI).

Abreviaturas y símbolos. Utilice sólo abreviaturas ordinarias (estándar). Evite abreviaturas en el título y resumen. Cuando se emplee por primera vez una abreviatura, ésta irá precedida del término completo (a menos que se trate de una unidad de medida común).

REFERENCIAS

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med* 1997; 336: 309-15

Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para manuscritos destinados a revistas biomédicas. *An ORL Mex* 1998 volumen 43, número 2.

Todo el texto de estas Instrucciones es una adaptación condensada del artículo citado; los ejemplos mencionados son los mismos usados en dicha cita. Para ejemplos diferentes a los aquí reproducidos, o aclaraciones de cualquier naturaleza, consultar la publicación original.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA MEXICANA publishes original papers presented at meetings of the following Medical Societies:

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO,

PAN AMERICAN ASSOCIATION OF OTORHINOLARYNGOLOGY- HEAD AND NECK SURGERY,

SOCIEDAD MEXICANA DE AUDIOLOGÍA Y FONIATRÍA.

It also wellcomes independent basic science and clinical research papers, clinical notes, solicited reviews, letters, historical notes, and articles and commentary.

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA MEXICANA reserves the right to exclusive publication of all accepted manuscripts.

We will not consider any manuscript previously published or concurrently submitted to any other publication.

Manuscripts are subject to peer review and revision is required as a condition of acceptance. These instructions apply to all submissions.

By submitting their manuscript for possible publication on ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA MEXICANA, the author(s) accept all and any editorial modifications that the Editors of ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA MEXICANA consider necessary.

The authors(s) assume responsibility of the ideas and concepts expressed in the paper, and for the possible infringement of copyrights laws.

GENERAL

Copies. Submit one original and three copies of the manuscript, bibliography, legends, tables, charts and three sets of original illustrations. Keep another complete copy for your records.

Letter. Include a cover letter stating title, author(s), and the name and address of the corresponding author.

FORM

Manuscripts. Type or print double-spaced, on ISO A4 white bond paper. Use a 12 point single, common type (Courier or similar). Provide 2.5 mm margins. Number the pages consecutively and put a running head with the first author's name and an abbreviated title of

no more than 40 characters and spaces in the upper right corner of each page.

Electronic manuscripts. Preference will be given to papers received with a computed copy on PC compatible diskettes. Common programs (Words, WordPerfect, ASCII etc.) are suitable. Check that a printed copy is also sent, that the diskette contains only the definitive version of the paper and that is labeled with the name of the archive and of the program.

CONTENTS

Title Page. The first page will include the full title of paper, the names of the authors and their highest degrees attained and the name and address of the institution(s) where work/study was done. If the paper was presented at a meeting, state the name of the meeting, the sponsoring society, the city and country where the meeting took place, and the dates.

Financial support must be acknowledged, including equipment, drugs and any other form of help. Provide the names and addresses of the donors.

Abstract. The second page will include a structured summary of no more than 250 words. It will include four paragraphs:

- 1.- Purpose of the study or investigation;
- 2.- Basic procedures like selection of subject or laboratory animals and observational or analytical methods;
- 3.- The main findings, expressing specific data and statistical significance if possible;
- 4.- The main conclusions.

Text and references. Follow the recommendations published by the International Committee of Medical Journal Editors (*International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. N Engl J Med 1997; 336: 309-15*).

The full text of the Uniform Requirements has been reprinted in many other journals, in English and translated into other languages.

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA MEXICANA published it in Spanish, in volume 43, number 2, 1998.

Tables. Each table must appear in a different page. Type tables double-space, number them consecutively beginning with roman numeral I, and provide a title for each. Limit size of tables and use only when they contain information not already in the text or illustrations.

Illustrations. Send three complete sets of unmounted illustrations, one for each copy of the manuscript. Each illustration must be identified on the back with the figure number, the first author's name, and an arrow pointing to the top. Each set of illustrations must be sent in a sealed envelope labeled with the author's last name and the title of the paper. Do not use paper clips or staples. Line drawings, graphs, and charts should be professionally drawn, photographed, and sent as prints. Do not send original artwork. No dot-matrix or other computer-generated illustrations will be accepted without the editor's consent.

Illustrations must be 12.5 x 17.5 cm (5" x 7") glossy prints. Photographs of recognizable persons must be accompanied by a signed release from the patient or legal guardian that authorizes publication. Also, permission must be obtained from the publisher of any illustrative material that has previously appeared in print.

Provide, in a separate sheet, a typed, double-spaced legend for each illustration, numbered to match the illustration number. For photomicrographic material, indicate stain and magnification or use an internal scale marker.

A reasonable number of black and white illustrations will be published without charge. Color illustrations will be accepted only if the Editorial Board considers that they significantly add to the information of the paper, but the Authors can be charged for color illustrations.

If the illustrations have numbers, letters or any other signals, they must be in lowercase and explained in the legend.

EXAMPLES OF QUOTATIONS

- *Normal quotation from a Journal*

1. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3

- *More than six authors:*

1. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73: 1006-12

BOOKS AND MONOGRAPHS

- *Individuals as authors*

1. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd. ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996

- *Editors or compilers as authors*

1. Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996

- *An organization as author*

1. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington (DC): The Institute; 1992

- *Chapter in a book*

1. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd. ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78

SUBMISSION

Normal mail, including registered mail, is not reliable; send the manuscript by Commercial Courier (Federal Express, DHL etc.) to:

JORGE CORVERA, M.D.

DIRECTOR-EDITOR

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA MEXICANA

Eugenia 13-403, Col. Nápoles

México D.F. 03810, MEXICO

Tel:(525) 663 0269; Fax: (525) 543 9363



MAICO DE MEXICO, S. A. DE C. V.

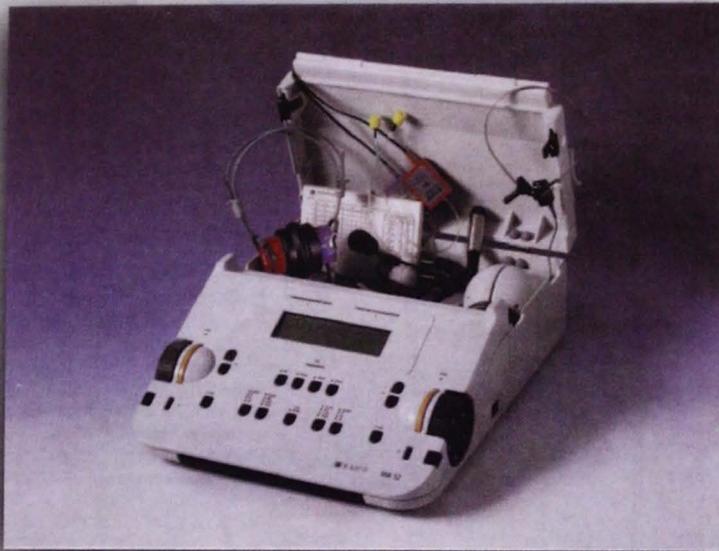


Audiómetros Portátiles MA 39, MA 40 y MA 41



Timpanómetro MA 630

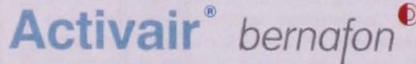
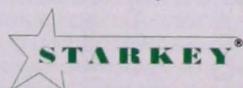
**VENTA,
SERVICIO
REPARACION**



Lo Nuevo: Audiómetro MA 52

- Audiómetros
- Timpanómetros
- Electronistagmógrafos
- Analizadores de emisiones otoacústicas
- Analizadores de auxiliares auditivos
- Potenciales evocados auditivos visuales y somatosensoriales

Representante en México de:



Aparatos para Sordera



LISTA DE ACCESORIOS EN GRAL: PILAS PARA AUDIFONO • ACUMULADORES RECARGABLES • DIODOS • MOLDES • OLIVAS • TAPONES FILTRASONIDO ETC.

EQUIPOS EN GRAL: CABINAS SONOAMORTIGUADAS • SILLONES DE TORSION Y OTORRINO • ANÁLISIS DE MUESTRAS Y ESTILETOS PARA ENG Y ECG • ESPIROMETROS •

**Calle No. 163 - B, Col. Roma. Deleg. Cuauhtémoc 06700, México D. F.
Tels: 525-72-31 / 511-42-80 Fax: 511-42-80**

HOUSE EAR INSTITUTE

DEPARTMENT OF EDUCATION

1997-1998 TEMPORAL BONE SURGICAL DISSECTION COURSES

CME Credits: 48 Hours

The course is designed to provide intensive training for the practicing otolaryngologist, neurosurgeon, and senior resident in training, in the principles of temporal bone and skull base surgery. Special emphasis is on the common problems encountered in daily practice, and the demonstration of multiple approaches to the structures of the temporal bone and skull base currently used by the members of the House Ear Clinic, Inc.

Participants dissect temporal bones. At appropriate intervals, there are lectures, chart discussions, and viewing of televised live surgery and edited tapes.

1997

SEPTEMBER 13-17, 1997
OCTOBER 11-15, 1997
NOVEMBER 1-5, 1997

1998

JANUARY 17-21, 1998
FEBRUARY 7-11, 1998
MARCH 14-18, 1998
APRIL 4-8, 1998
MAY 16-20, 1998
JUNE 6-10, 1998
SEPTEMBER 19-23, 1998
OCTOBER 17-21, 1998
DECEMBER 5-9, 1998

Physicians: \$1,300.00 • Residents: \$1,100.00

The House Ear Institute is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education to sponsor continuing medical education for physicians.

Antonio De la Cruz, M.D., Director of Education
House Ear Institute • 2100 West Third Street, Los Angeles, California 90057

(213) 483-4431, Ext. 7079 • Fax: (213) 483-8789



ASTELIN spray nasal

INFORMACION PARA PRESCRIPCION REDUCIDA

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION : Spray nasal.

Cada 100 ml contienen : Clorhidrato de azelastina 100 mg. Vehículo c.b.p. 100 ml. **INDICACIONES TERAPEUTICAS :** Astelin spray nasal esta indicado en tratamiento sintomático de la rinitis alérgica estacional, incluyendo fiebre del heno, y en la rinitis alérgica perenne. **CONTRAINDICACIONES :** Astelin spray nasal está contraindicado en pacientes con alergia probada a cualquiera de los componentes de su fórmula. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** Debido a la vía de administración nasal y a la baja dosis administrada, se puede esperar una exposición sistémica mínima. Sin embargo, mientras no haya información disponible, Astelin no debe ser usado durante el embarazo y la lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS :** Ocasionalmente puede presentarse cierto grado de irritación de la mucosa nasal y la aparición de un sabor amargo, algunos trastornos del gusto. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO :** No se han reportado interacciones específicas con otros medicamentos. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS, Y SOBRE LA FERTILIDAD:** No se han reportado.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION : Adultos : Una aplicación (0.14 ml) en cada fosa nasal, dos veces al día. Ancianos : No se han realizado estudios específicos en ancianos, por lo que no es recomendable su uso en ellos. Niños : No se han realizado estudios específicos en niños, por lo que no es recomendable su uso en menores de 12 años. **SOBREDOSIFICACION E INGESTA ACCIDENTAL MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTO) :** Los resultados de los estudios en animales muestran, que cuando se alcanzan niveles tóxicos de azelastina, se pueden producir síntomas sobre el sistema nervioso central, por ejemplo : excitación, temblores y convulsiones. Si esto ocurriese en humanos, se iniciará de inmediato un tratamiento sintomático y de apoyo, puesto que no existe un antídoto específico. Si la sobredosis es reciente, se recomienda un lavado gástrico. Con el uso de Astelin spray nasal, no es previsible la sobredosificación.

PRESENTACION: Caja con frasco de 10 ml con válvula dosificadora.

LEYENDAS DE PROTECCION : Vía de administración: Nasal.

Dosis : la que el médico señale. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Conserve en un lugar fresco y seco.

Léase instructivo anexo. *Marcas Registradas Reg. No. 338M95 SSA

Clave: KEJRM-26272/96 IPP-R HEAR-20340/95 Hecho por ASTA

Médica AG 60314 Frankfurt, Alemania. Distribuido en México por :

Laboratorios Sanfer, S.A. de C.V., Calz. de Tlalpan 550, Col. La

Moderna, 03510, México D.F.

sanfer®

En rinitis,
FLIXONASE
aqua
propionato de fluticasona
el disparo certero
1 vez al día

1.- Nombre comercial y genérico: Flixonase aqua Fluticasona.

2.- Forma farmacéutica y formulación: Suspensión
Cada 100 ml contienen:

Propionato de Fluticasona 0.050 g
Vehículo c.b.p. 100 ml

3. Indicaciones terapéuticas: Flixonase aqua, está indicado para la profilaxis y el tratamiento de la rinitis alérgica estacional y perenne, incluyendo fiebre de heno y rinitis vasomotora, así como coadyuvante en los pólipos nasales.

4. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al Propionato de Fluticasona, con trastornos de la hemostasia, epistaxis, infecciones virales, oculares o bacterianas del tracto respiratorio superior, así como en rinitis atrófica. También esta contraindicado su uso durante el embarazo y en niños menores de 12 años.

5. **Precauciones o restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia:** Se debe utilizar con precaución durante el primer trimestre del embarazo, posteriormente, su manejo queda bajo la responsabilidad del médico tratante, ya que por su acción sólo tópica, no tiene acción sistémica y difícilmente provocaría alteraciones durante el embarazo, por la misma razón no se han reportado rasgos del Propionato de Fluticasona en la leche materna.

6. **Reacciones secundarias y adversas:** Prurito nasal.

7. **Interacciones medicamentosas y de otro género:** No se han identificado interacciones importantes.

8. **Precauciones y relación con efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis y sobre la fertilidad:** Se debe manejar con precaución en infecciones del tracto respiratorio alto, sobre todo vías nasales y de senos paranasales. No existen evidencias de efectos carcinogénicos, mutagénicos o teratogénicos, así como alteraciones de la fertilidad, tanto *in vivo* en los roedores como *in vitro*.

9. **Dosis y vía de administración:** La suspensión acuosa nasal de Propionato de Fluticasona, se administra por vía intranasal. La dosis recomendada en adultos y niños mayores de 12 años, es de dos aplicaciones en cada fosa nasal una vez al día, en algunos casos puede requerirse de dos aplicaciones en cada fosa nasal dos veces al día. La máxima dosis diaria no debe exceder de 4 aplicaciones en cada fosa nasal. Para obtener el beneficio terapéutico total, es indispensable el uso regular del producto. El beneficio máximo de alivio se obtiene después de 2 a 4 días de tratamiento.

10. **Sobredosificación o ingesta accidental: manifestaciones y manejo.** El único efecto perjudicial tras la inhalación excesiva del fármaco durante el período de tiempo corto, es la supresión de la función hipotalámica-hipofisiaria-suprarrenal. No es necesario tomar ninguna medicación de urgencia especial. Se deberá continuar con el tratamiento con el spray nasal acuoso, a las dosis recomendadas; la función hipotalámica-hipofisiaria-suprarrenal, volverá a la normalidad en uno o dos días.

11. **Presentaciones:** Se presenta en caja y frasco de vidrio con bomba atomizadora-dosificadora, especial para la aplicación intranasal, válvula dosificadora, liberando 50 mcg de Propionato de Fluticasona. Cada frasco libera 120 dosis. La información completa para su prescripción, está disponible a petición del médico, en la Dirección Médica de Glaxo Wellcome México, S.A. de C.V., en Calz. México-Xochimilco No. 4900, Col. San Lorenzo Huipulco, o al teléfono 728-5200 al 05.

12. **Leyendas de protección:** Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos.

13. **Nombre y dirección del laboratorio:** Fabricado en Inglaterra por: Glaxo Group, Ltd. Greenford. Distribuido en México por: Wellcome México, S.A. de C.V. Av. E. Garza Sada No. 3640 C.P. 64810, Monterrey, N.L.

14. **Número de registro del medicamento y número de autorización:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

15. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

16. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

17. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

18. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

19. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

20. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

21. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

22. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

23. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

24. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

25. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

26. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

27. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

28. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

29. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

30. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

31. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

32. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

33. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

34. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.

35. **Clave de identificación:** Clave: JEAR-27734/95.IPPR. Clave: I. Med. KEJ4 JRM3//29504/96. Reg. No. 441M95 SSA.





INFORMACION PARA PRESCRIBIR REDUCIDA

NOMBRE COMERCIAL Y GENÉRICO:

Virlix D, Cetirizina y Pseudoefedrina

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cápsulas.

Cada cápsula contiene:

Diclorhidrato de Cetirizina 5 mg.

Clorhidrato de D-Pseudoefedrina 120 mg.

Excipiente c.b.p. 1 cápsula

INDICACIONES: Antihistamínico y descongestivo. Indicado para el tratamiento de los síntomas asociados a la rinitis alérgica estacional o perenne, tales como: congestión nasal, estornudos, rinorrea, prurito ocular y nasal.

CONTRAINDICACIONES: Pacientes con historia de hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. Por contener un simpaticomimético (pseudoefedrina), **Virlix D** está contraindicado en pacientes con hipertensión o insuficiencia coronaria graves; pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) o dentro de las dos semanas previas de haberse suspendido; pacientes con presión intraocular elevada o con retención urinaria, pacientes con insuficiencia renal severa, pacientes en tratamiento con fenilpropanolamina. Pacientes menores de 12 años.

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

Estudios efectuados en animales no evidencian efectos teratogénicos, sin embargo, no ha sido establecido su uso y perfil de seguridad en humanos, por lo tanto, debe restringirse el mismo durante el embarazo. Cetirizina y Pseudoefedrina se excretan en la leche materna, por lo tanto, no se recomienda su uso durante la lactancia. El empleo de **Virlix D** durante el embarazo y la lactancia quedan bajo la responsabilidad del médico tratante. **Virlix D** debe utilizarse con precaución en pacientes con diabetes, hipertiroidismo, hipertensión, taquicardia, arritmias, insuficiencia renal o hepática y pacientes ancianos. Asimismo, debe manejarse con precaución en pacientes que están recibiendo fármacos simpaticomiméticos (descongestionantes, inhibidores del apetito y psicoestimulantes como las anfetaminas), antidepresivos tricíclicos y digitálicos. Debe advertirse a los pacientes que no excedan las dosis recomendadas si tienen que conducir un vehículo o manejar maquinaria potencialmente peligrosa.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:

En estudios controlados se han descrito reacciones adversas en un porcentaje no mayor al 1% en el grupo de pacientes tratados con **Virlix D**, y que no difieren de los descritos en forma individual para Cetirizina y Pseudoefedrina. Estos efectos incluyen: Sequedad de boca, cefalea, insomnio, somnolencia, astenia, taquicardia, nerviosismo, vértigo y náusea. Las drogas simpaticomiméticas se han asociado con: temor, ansiedad, tensión, inquietud, temblor, debilidad, palidez, dificultad respiratoria, disuria, alucinaciones, convulsiones, depresión del SNC, arritmias y colapso cardiovascular con hipotensión. Pueden presentarse también reacciones de hipersensibilidad que incluyen: reacciones cutáneas y angioedema.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:

No se han descrito interacciones clínicas significativas con cetirizina. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) y los fármacos beta-adrenérgicos incrementan el efecto de las aminas simpaticomiméticas. Debido a la acción prolongada de los MAO, dicho incremento aún es posible dentro de los 15 días siguientes a su supresión. Las aminas simpaticomiméticas pueden reducir el efecto antihipertensivo de la metildopa, de la guanetidina y de la reserpina. El uso de Pseudoefedrina en pacientes digitalizados y con marcapasos puede incrementar la respuesta al estímulo de estos, por lo que debe evitarse el empleo de **Virlix D** en estos pacientes. Los antiácidos incrementan el grado de absorción de la Pseudoefedrina, el caolín la disminuye. Se ha reportado interacción medicamentosa en la administración conjunta con fenilpropanolamina.

PRECAUCIONES Y RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENÉISIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:

Hasta el momento, no existe evidencia de efecto carcinogénico, mutagénico, teratogénico y/o sobre la fertilidad reportado con el uso de **Virlix D**.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Vía de administración oral. Adultos y niños mayores de 12 años: Una cápsula cada doce horas (por la mañana y por la noche). **Virlix D** puede tomarse con o sin alimentos. Normalmente el tratamiento no debería prolongarse más de 2 ó 3 semanas. En pacientes con insuficiencia renal, la dosificación deberá reducirse a la mitad de la dosis recomendada.

SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL:

La sobredosificación con **Virlix D** puede manifestarse con: taquicardia, arritmia, hipertensión y síntomas de depresión (sedación, apnea, inconciencia, cianosis y colapso cardiovascular), o bien, de estimulación (insomnio, alucinaciones, temblor, crisis epilépticas). El tratamiento de la sobredosificación, deberá llevarse a cabo, de preferencia en el hospital, y éste será sintomático y de sostén, teniendo en consideración cualquier otro medicamento utilizado en forma concomitante. Deberá inducirse el vómito si este no se ha producido espontáneamente. Se recomienda el lavado gástrico. No existen antídotos conocidos. La hipertensión puede controlarse con un alfa-bloqueador y la taquicardia con un beta-bloqueador. Las crisis epilépticas pueden tratarse con diazepam intravenoso.

PRESENTACIONES: Caja con 10 y 20 cápsulas.

LEYENDAS DE PROTECCION:

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

NOMBRE DEL LABORATORIO Y DIRECCION:

Hecho en Bélgica por: UCB S. A., SECTOR FARMA.
Acondicionado y distribuido por: GLAXO DE MEXICO, S.A. DE C.V.
Calzada México-Xochimilco N° 4900 Colonia San Lorenzo Huipulco C.P. 14370, México, D.F.
Bajo Licencia de UCB, Bélgica.

NUMERO DE REGISTRO DEL MEDICAMENTO Y AUTORIZACION DE LA IPPR:

N° de Reg.: 515M96 SSA.

IPPR: AEAR 124/97

IMED: KEJRM-30635/97



REFERENCIAS

1. Meltzer EO, et al. Comparative outdoor study of the efficacy, onset duration of action, and safety of cetirizine, loratadine, and placebo for seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 617-620.
2. Chaweevan B, et al. A clinical comparison of cetirizine versus astemizole in perennial allergic rhinitis. *Drug Invest* 1993; 5 (4): 222-228.
3. Lockey R. Effects of cetirizine versus terfenadine in seasonal allergic rhinitis. *Annals of Allergic* 1993; 70: 311-315.
4. Drug evaluation monographs. Cetirizine. Drugdex Editorial staff. 1996.
5. Quinn D and Day R. Drug interactions of clinical importance. *Drug Safety*. 1995; 12 (6): 393-452.
6. Kemp J. Antihistamines - is there anything safe to prescribe? *Annals of Allergy*. 1992; 69: 276-280.
7. Simons FER, et al. Effect of the H₂-antagonist cimetidine on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of the H₁-antagonist hydroxyzine and cetirizine in patients with chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 95: 685-93.
8. Sale M, et al. A randomized, placebo-controlled multiple dose study to evaluate the electrocardiographic and pharmacokinetic interactions of azithromycin and cetirizine. ACCA Annual Meeting, November 10-15, 1995, Dallas-Abstract Book.
9. Sale M, et al. Effects of Cetirizine and Erythromycin Alone and in Combination on QT Interval and Pharmacokinetics in Healthy Sub-jects. Abstract # P15, p.32, ACCA Annual Meeting, Dallas, November 10-15, 1995.
10. Sale ME, et al. The electrocardiographic effects of cetirizine in normal subjects. *Clin Pharmacol Ther* 1994; 56: 295-301.

INFORMACION PARA PRESCRIBIR REDUCIDA. CATAFLAM* DISPERSABLE, CATAFLAM* DD, CATAFLAM* JUNIOR, CATAFLAM*. (Diclofenaco) *Tabletas dispersables, grageas, supositorios, suspensión (gotas). CATAFLAM* DISPERSABLE tabletas dispersables. Tabletas diseñadas específicamente para su desintegración en agua, proporcionando una suspensión insípida de diclofenaco ácido libre. La suspensión se ingerirá por vía oral. Cada tableta contiene: Diclofenaco 46.5 mg Excipiente c.b.p. 1 tableta. Una tableta dispersable de Cataflam* Dispersable contiene 46.5 mg de diclofenaco, ácido libre, equivalentes a 50 mg de diclofenaco sódico. CATAFLAM* DD grageas. Cada gragea contiene: Diclofenaco potásico 50 mg Excipiente c.b.p. una gragea. El diclofenaco potásico es un derivado del ácido fenilacético. CATAFLAM* JUNIOR grageas. Cada gragea contiene: Diclofenaco potásico 25 mg Excipiente c.s.p. una gragea. El diclofenaco potásico es un derivado del ácido fenilacético. CATAFLAM* supositorios. Cada supositorio contiene: Diclofenaco potásico 12.5 mg Excipiente c.s.p. un supositorio. Cada supositorio contiene: Diclofenaco potásico 25.0 mg Excipiente c.s.p. un supositorio. CATAFLAM* suspensión (gotas). Cada ml contiene: Resinato de diclofenaco equivalente a 15 mg de diclofenaco potásico. Vehículo c.b.p. un ml. Cada gota equivale a 0.5 mg de diclofenaco potásico. Cada ml equivale a 30 gotas. **INDICACIONES TERAPEUTICAS.** Antiinflamatorio, analgésico y antipirético no esteroide. Tratamiento breve de las siguientes afecciones agudas: Inflamación, dolor posttraumático y tumefacción. Inflamación, dolor postoperatorio, dismenorrea, anequis y reumatismo no articular. Como adyuvante en las infecciones inflamatorias dolorosas de las vías respiratorias superiores. **CONTRAINDICACIONES.** Úlcera gástrica o intestinal. Hipersensibilidad conocida a la sustancia activa y otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Cataflam* está también contraindicado en pacientes que sufran ataques de asma, urticaria o rinitis aguda tras la administración de ácido acetilsalicílico u otros fármacos inhibidores de la actividad de la prostaglandina-sintetasa. Enfermedad ácido péptica, insuficiencia hepática, renal y cardíaca, hipertensión arterial grave y discrasias sanguíneas. Proctitis (supositorios). ***PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA.** No se administre durante el embarazo, ni la lactancia. ***REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS.** Ocasionales: trastornos gastrointestinales, cefalea, mareo, vértigo, erupciones cutáneas, aumento de las transaminasas en suero. Frecuentes: úlcera gástrica o intestinal, hemorragia gastrointestinal, trastornos de la función renal, hepatitis, reacciones de hipersensibilidad. En casos aislados: pancreatitis, estenosis intestinal por formación de "diafragmas", meningitis aséptica, neumonitis, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Lyell, eritrodermia, púrpura, discrasias sanguíneas, trastornos cardiovasculares, trastornos de la sensibilidad o la visión. ***INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS Y DE OTRO GENERO.** Se debe tener precaución al administrarse simultáneamente con litio, digoxina, metotrexato, ciclosporina, diuréticos, anticoagulantes, antiabéticos orales y quinolonas. ***EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD.** El diclofenaco no influyó sobre la fertilidad de los animales progenitores (ratas), ni en el desarrollo prenatal, perinatal y postnatal de la prole. No se detectaron efectos teratogénicos en ratones, ratas ni conejos. No pudieron demostrarse efectos mutagénicos en varios experimentos in vitro e in vivo, ni se detectó potencial carcinogénico en estudios prolongados con ratas y ratones. ***VIA DE ADMINISTRACION:** Grageas y suspensión (gotas): Oral. Tabletas dispersables: Oral, disolver en agua e ingerir la suspensión. No se traga. Supositorios: Rectal. ***DOSIFICACION Y MODO DE EMPLEO.** Cataflam* Dispersable, Cataflam* DD. Adultos y niños de 14 años o mayores: El rango de dosis diaria recomendado es de 2 a 3 tabletas o grageas (100 a 150 mg) de Cataflam* Dispersable o Cataflam* DD. Normalmente será suficiente con la administración diaria de 2 tabletas dispersables o grageas, (100 mg) para el tratamiento de los casos de mediana gravedad. La dosis total diaria se dividirá en 2 ó 3 tomas según el caso. En el tratamiento de la dismenorrea primaria, la dosis diaria se ajustará en forma individual, siendo en general suficiente la administración de 1 a 3 tabletas o grageas de Cataflam* Dispersable o Cataflam* DD (50 a 150 mg). Si fuera necesario, una dosis inicial de 1 ó 2 tabletas dispersables o grageas (50 a 100 mg) se puede aumentar en el transcurso de varios ciclos menstruales, hasta un máximo de 4 tabletas dispersables o grageas al día (200 mg). Niños menores de 14 años: Por su concentración de su sustancia activa, no se recomienda el empleo de Cataflam* Dispersable o Cataflam* DD en niños menores de 14 años. Para uso pediátrico se recomienda el empleo de Cataflam* Junior, Cataflam* suspensión (gotas) o Cataflam* supositorios. Las tabletas dispersables se ingerirán previamente disueltas en un vaso con agua y se tomará de preferencia antes de los alimentos. Las grageas se ingerirán enteras con un poco de líquido, de preferencia antes de las comidas. Cataflam* Junior. Niños de 8 a 13 años: El rango de dosis diaria recomendado es de 2 a 3 grageas (50 a 75 mg) de Cataflam* Junior. Normalmente será suficiente la administración diaria de 2 grageas (50 mg) para los casos de mediana gravedad. La dosis total diaria se dividirá en 2 ó 3 tomas según el caso. En el tratamiento de la dismenorrea primaria, la dosis se ajustará en forma individual, siendo en general suficiente la administración de 1 a 3 grageas de Cataflam* Junior (25 a 75 mg). Si fuera necesario, una dosis inicial de 1 a 2 grageas (25 a 50 mg) se puede aumentar en el transcurso de varios ciclos menstruales, hasta un máximo de 4 grageas de Cataflam* Junior (100 mg). No se recomienda la administración de Cataflam* Junior en niños menores de 8 años. Para ellos, se recomienda el uso de Cataflam* suspensión (gotas) o Cataflam* supositorios. Las grageas se ingerirán enteras con un poco de líquido, preferentemente antes de los alimentos. Cataflam* suspensión, (gotas). Las gotas de Cataflam* están especialmente indicadas para su empleo en pediatría, ya que permite adaptar individualmente la dosificación al peso corporal del niño de acuerdo con el siguiente esquema posológico.

Considerando que una gota es igual a 0.5 mg, dependiendo de la gravedad que revista la afección, se deberá administrar en niños a partir de 1 año de edad a razón de 0.5 a 2.0 mg (1 a 4 gotas) por kg de peso corporal al día, divididas en 2 ó 3 tomas. El esquema posológico se puede simplificar si se administra 1 gota por kg de peso corporal por toma administrando 3 tomas al día, lo cual sería equivalente a administrar 1.5 mg por kg de peso corporal por día, dividido en 3 tomas. Cataflam* supositorios. Los supositorios se administrarán lo más profundamente posible en el recto, de preferencia después de la deposición intestinal. Adultos y niños de 14 años o mayores: Se deberán utilizar los supositorios de 25 mg. El rango de dosis diaria recomendado es de 3 a 6 supositorios (75 a 150 mg). Normalmente será suficiente con la administración diaria de 3 a 4 supositorios (75 a 100 mg) en los casos de mediana gravedad. La dosis diaria se dividirá en 2 ó 3 aplicaciones según el caso. En el tratamiento de la dismenorrea primaria, la dosis diaria se ajustará de forma individual a cada caso, siendo en general suficiente la administración de 2 a 6 supositorios (50 a 150 mg). Si fuera necesario, una dosis inicial de 2 ó 4 supositorios (50 a 100 mg) podría incrementarse en el transcurso de varios ciclos menstruales hasta un máximo de 8 supositorios al día (200 mg). El tratamiento se iniciará tras la aparición de los primeros síntomas y su duración dependerá de la sintomatología. Niños menores de 14 años: Se deberán utilizar los supositorios de 12.5 mg. Administrar a los niños a partir de un año de edad de 0.5 a 2.0 mg por kg de peso corporal al día, según la gravedad del padecimiento. La dosis diaria se administrará normalmente en 2 ó 3 aplicaciones al día. ***PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS.** Síntomas/historial de enfermedad gastrointestinal, asma, disminución de la función renal, hepática o cardíaca. Los AINE pueden enmascarar infecciones o inhibir temporalmente la agregación plaquetaria. Porfiria. Precaución en los pacientes de edad avanzada. Depleción del volumen extracelular. Los trastornos del sistema nervioso central pueden influir sobre la capacidad para conducir vehículos o manejar maquinaria de precisión. En los casos excepcionales en los que sea necesaria la prescripción de un tratamiento prolongado, se recomienda el control periódico de la función hepática y la realización de hemogramas. ***SOBREDOSIFICACION: MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS).** El tratamiento de la intoxicación aguda por antiinflamatorios no esteroideos consiste principalmente en medidas de apoyo y sintomáticas. No se concibe un cuadro clínico típico asociado con la sobredosificación con diclofenaco. Las medidas terapéuticas a tomar en caso de sobredosificación son las siguientes: Prescripción de un tratamiento de apoyo y sintomático contra complicaciones tales como hipotensión, insuficiencia renal, convulsiones, irritación gastrointestinal y depresión respiratoria. Los tratamientos específicos como diuresis forzada, diálisis o hemoperfusión son probablemente poco útiles para acelerar la eliminación de los antiinflamatorios no esteroideos a causa de su elevada tasa de fijación proteica y su metabolismo extensivo. ***PRESENTACIONES.** CATAFLAM* DISPERSABLE. Caja con 18 tabletas, para venta al público. Caja con 6, 12 y 60 tabletas para exportación. CATAFLAM* DD. Caja con 12 grageas de 50 mg, para venta al público. CATAFLAM* JUNIOR. Caja con 12 grageas de 25 mg, para venta al público. Caja con 20 grageas de 25 mg, para venta al público. CATAFLAM* (supositorios). Caja con 5 supositorios de 12.5 mg y 25 mg, para venta al público. Caja con 10 supositorios de 12.5 mg y 25 mg, para venta al público. CATAFLAM* (suspensión, gotas). Frasco gotero con 10 ml, 15 ml y 20 ml, para venta al público. ***LEYENDAS DE PROTECCION.** Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Cataflam* Dispersable, Cataflam* DD. No se administre a niños menores de catorce años. Cataflam* Junior. No se administre a menores de 8 años. Cataflam* suspensión (gotas) y Cataflam* supositorios. No se administre a niños menores de 1 año. No se administre durante el embarazo, ni en la lactancia. Consérvese en lugar fresco y seco. Literatura exclusiva para médicos. ***Hecho en México por: CIBA-GEIGY Mexicana, S.A. de C. V. Calz. de Tlalpan 1779 Col. San Diego Churubusco 04120 México D.F. Regs. Nos. 197M93, 064M90, 074M84, 073M84 y 071M86, SSA. ***UNA INFORMACION MAS AMPLIA PARA PRESCRIBIR PUEDE SER SOLICITADA AL REPRESENTANTE MEDICO O DIRECTAMENTE AL DEPARTAMENTO MEDICO DE CIBA-GEIGY MEXICANA, S.A. DE C. V.-DIVISION FARMACEUTICA- TELEFONO 549 3000, QUIEN LE PROVEERA DE LA INFORMACION PARA PRESCRIBIR AMPLIA.** IPP-R : FER - 12773/96. I. Med: EEJR-9429/96**

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bakshi R., Jacobs L.D., Lehnert S., Picha B. and Reuther J. A double blind placebo- controlled trial comparing the analgesic efficacy of two formulations of diclofenac in postoperative dental pain. *Curr Ther Res* 1992; 52 (3); 435- 442
- 2.- Ayres W., Sole Pyuo J.M. Avaliação comparativa da eficácia e tolerabilidade de uma nova medicação, o diclofenaco potássico, no tratamento das faringo-amigdalites agudas. *Arq bras Med* 1984; 58 (5); 341- 349
- 3.- Morán M. An observer-blind comparison of diclofenac potassium, piroxicam and placebo in the treatment of ankle sprains. *Curr Med Res Opin* 1990; 12 (4); 268- 274
- 4.- Van Heerden J.J. Diclophenac sodium, oxypentbutazone and placebo in sports injuries of the knee *S Afr med J* (ZA) 1977; 52 (10); 396- 399
- 5.- Méndez Villaseñor F.J. Tratamiento de la dismenorrea primaria con diclofenaco potásico. *Invest Med Int* 1984; 11 (1); 49-52
- 6.- Dias González F., González-Alvaro I., Campanero M. R. et al. Prevention of in vitro neutrophil-endothelial attachment through shedding of L-selectin by nonsteroidal antiinflammatory drugs. *J Clin Invest* 1995; 95 (April);



**Inflamación
dolor...**

Mayor rapidez

Catafla

Lertamine[®] D

Loratadina + Pseudoefedrina *Lilly*



**Ahora con
el Respaldo
y la Calidad**

Lilly

