

ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA



Programa Científico
50^o Congreso Nacional
SMORL y C.C.C.
"Acapulco 2000"
26 al 30 de Abril

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



DICIEMBRE 1999, ENERO Y FEBRERO 2000
VOL. XLV Número 1, Suplemento 10

ACHUUUU!!!

Lo sentimos, queríamos hacer
un anuncio impactante, pero
nuestro diseñador no pudo
venir porque tiene gripa

Doctor:

La **Gripa**
es la primera causa de ausentismo
laboral y escolar (1).

Ahora, esta enfermedad puede prevenirse
a través de la vacuna anti-influenza de:

SB *SmithKline Beecham*
México

Líder mundial en investigación con la más amplia
gama de vacunas en México

que integra las nuevas cepas recomendadas
por la OMS para 1999-2000

Solicite la
vacuna anti-influenza
de SmithKline Beecham
con su distribuidor
de confianza.

CASA DE
VACUNAS **SB**

En nuestro país, la influenza es la 8a.
causa de muerte (1)

FluaRIX®

NUEVAS CEPAS
99-2000 (2)

A/BEIJING/262/95 (H1N1)
A/SYDNEY/5/97 (H3N2)
B/BEIJING/184/93

Rápida

respuesta inmunoprotectora
con alta seroconversión (3,4)

Eficaz

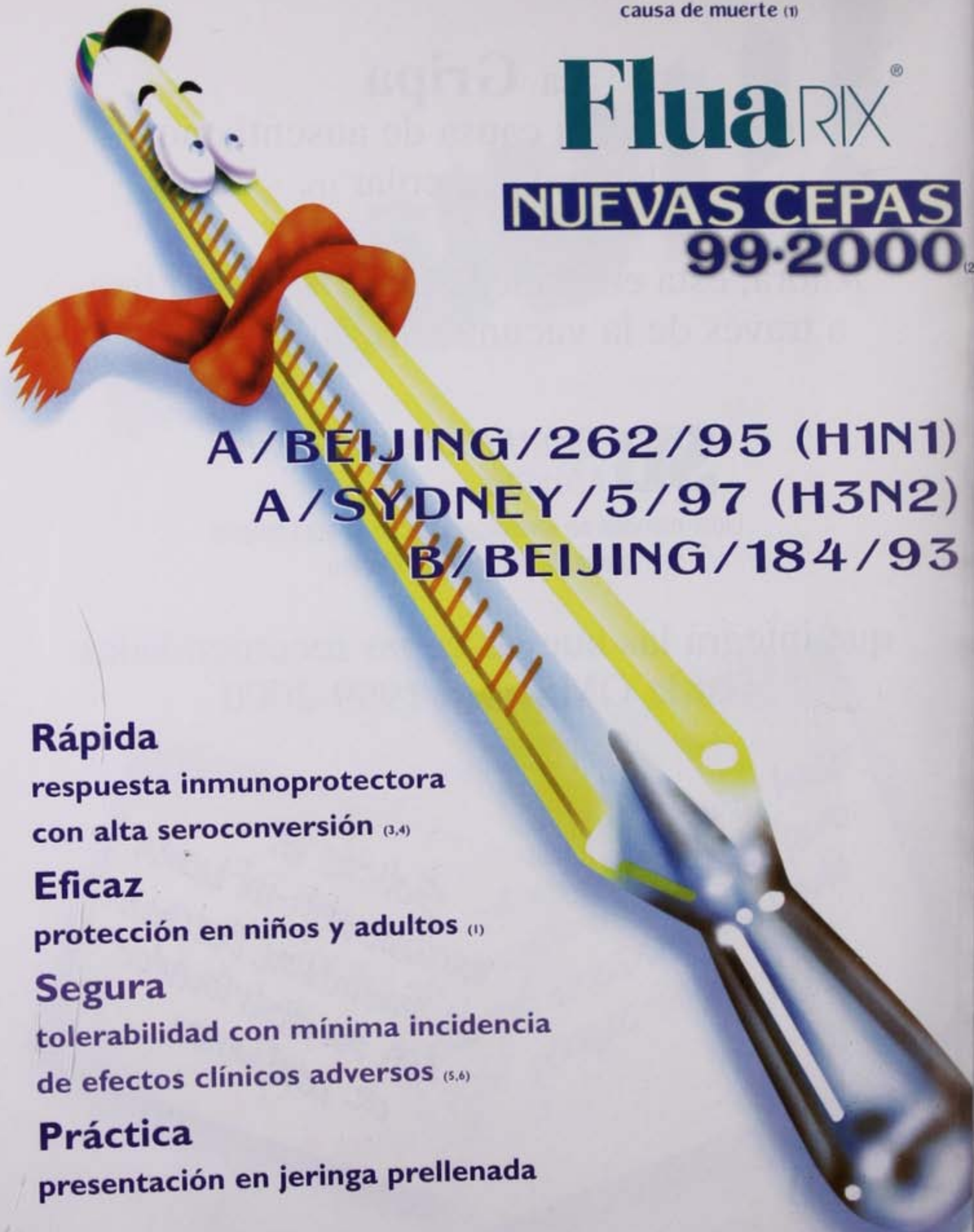
protección en niños y adultos (1)

Segura

tolerabilidad con mínima incidencia
de efectos clínicos adversos (5,6)

Práctica

presentación en jeringa prellenada



ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA



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

Suplemento No. 10 Volumen 45 Número 1, 2000

DIRECTOR-EDITOR:
Jorge Corvera Bernardelli

EDITOR EN JEFE:
Gonzalo Corvera Behar

EDITORES ASOCIADOS:

Daniel Bross Soriano
Mario Hernández Palestina
Luis Gerardo Martín Armendáriz

Rene Toral Martiñon
Antonio Ysunza

EDITORES ASOCIADOS PARA PUBLICACION ELECTRONICA:

Carlos Iglesias Ramos

Luis Alberto Macías Fernández

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.
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: Carlo Pane Pianese

SECRETARIO: German E. Fajardo Dolci

VICE-PRESIDENTE: Rafael M. Navarro Meneses

TESORERO: León Felipe García Lara

DIRECCIÓN COMERCIAL Y OFICINA DE REDACCIÓN:

Eugenia 13-403 Colonia Nápoles, México D.F. 03810, México, Tel. 5669 0263, Fax 5543 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 IMPRESORA RICO S.A. DE C.V.

José María La Fragua Lote 1 Mza 4A Col. Fracc. Benito Juárez



MEMORANDUM FOR THE RECORD

TO: [Faint Name]

FROM: [Faint Name]

RE: [Faint Subject Line]

[Faint body text, possibly containing a list or detailed report]

Programa Científico

**50° Congreso Nacional
Sociedad Mexicana De
Otorrinolaringología Y Cirugia
De Cabeza Y Cuello
Acapulco, Gro.**

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Dr. Luis Alberto Macías Fernández

Secretario

Dr. Jaime López López

Tesorero

Dr. Guillermo Alatorre Sánchez de la Barquera

Comité Científico

Dr. José Refugio Arrieta Gómez

Dr. Enrique Azuara Pliego

Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña

Dr. Rafael García Palmer

Dr. Fernando Guzmán Lozano

Dr. Mariano Hernández Goribar

Dr. Francisco Hernández Orozco

Dr. Mario Sabás Hernández Palestina

Dr. Guillermo Hernández Valencia

Dr. Eduardo López Lizárraga

Dr. Edgar Novelo Guerra

Coordinador

Dr. Luis G. Martín Armendariz

Comité de Logística

Dr. Fernando F. Arcaute Velázquez

Dr. Francisco Hernández Mendiola

Consejeros

Dr. Fernando Couto y Arcos

Dr. Víctor Eduardo Vera Martínez

Comité de Videoteleconferencia

Dr. León Gonzalo Corvera Behar

Dr. Carlos G. Iglesias Ramos

Dr. Benjamín Macías Fernández

Comité de Sesiones y Cursos

Dr. Víctor Manuel Galván Rodríguez

Dr. Enrique Lamadrid Bautista

Dr. Adelaido López Chavira

Dr. Francisco Ramírez Ledezma

Comité de Exposición Científica

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Marcos

Dr. Jorge Eduardo Rizo Alvarez

Dr. Luis Victoria Vera

Dr. Eulalio Vivar Acevedo

Comité de Especialidades Afines

Dra. Xochiquetzal Hernández López
Dra. Candy Sue Márquez Avila
Dra. Martha Patricia Nava Gómez
Dra. Marta Rosete Pérez
Dra. Yolanda Sánchez Jiménez

Comité de Exposición Comercial

Dr. Rafael Andraca de Granda
Dr. Rafael A. Zárate García
Dr. Jorge Arturo Zavala Habib

Comité de Relaciones Públicas Internacionales

Dr. Adiel Asch Rabinovich
Dr. Hugo González Valdepeña

Comité de Relaciones Públicas Nacionales

Dr. José Kuri Fierros
Dr. Eduardo Pérez Pastén Borja

Comité de Difusión

Dr. Manuel Fernández Muradás
Dr. Marco Antonio Garduño Anaya
Dra. Adriana Carolina López Ugalde
Dr. José Luis Méndez Vera

Comité de Residentes

Dr. Fausto López Ulloa
Dr. Francisco Javier Nava Labastida
Dr. Héctor Manuel Prado Calleros
Dr. Alain Sánchez Vázquez del Mercado

Comité Audiovisual

Dr. Ricardo Andrade Ortega
Dr. Fernando Arcaute Aizpuru
Dr. Mario Antonio Barrón Rivas
Dr. José Carlos Fernández Valle
Dr. Manuel Antonio Gómez Gil Romo
Dr. Víctor Manuel Quiróz Cortés
Dr. Romulo Galo Rionda Morales

Comité de Actividades Sociales y Culturales

Dra. Cristina M. Alarcón Romero
Dra. María del Pilar Canseco Calderón
Dr. Carlos Javier Martínez Luengas
Dr. Manuel Pérez Gómez

Comité de Actividades Deportivas

Dr. Roberto Craig Sosa
Dr. Francisco García de León Campero

Coordinación Estatal

Dr. Antonio Elías Azar

**50 o. CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
ACAPULCO, GRO.**

MENSAJE DEL PRESIDENTE

Estimados Socios y Congresistas:

Es motivo de gran satisfacción poder publicar, en este SUPLEMENTO de nuestra prestigiada Revista Oficial, el **PROGRAMA CIENTIFICO DEL 50º. CONGRESO NACIONAL DE LA SMORL Y CCC**, el cual ha sido realizado a base del trabajo incansable del Comité Organizador y gracias a la colaboración puntual de aquellos socios que enviaron sus trabajos en las fechas solicitadas.

La meta propuesta en la pasada Sesión de Negocios de la SMORL y CCC en México 99 por un servidor, ha sido alcanzada exitosamente con el fin de que los médicos otorrinolaringólogos y los de las especialidades afines que nos acompañen, tengan la oportunidad de revisar, analizar y decidir su agenda con suficiente antelación para aprovechar las sesiones, cursos y trabajos que sean de su interés científico personal.

Como Uds. podrán observar el programa es vasto en calidad y contenido, cubriendo gran parte de las ramas de la especialidad incluyendo temas tradicionales e innovadores, que aunados al alto prestigio internacional de los profesores invitados, nos auguran sin duda alguna, un evento científico de excelencia.

Dentro del mismo se han programado: 98 trabajos (libres, multimedia y videocintas), 56 cursos monográficos, 20 conferencias de profesores extranjeros, 8 mesas redondas, 10 simposia, 114 carteles entre ellos, la semblanza de los Hospitales dedicados a la enseñanza de la Otorrinolaringología Nacional avalados por el Consejo Mexicano de ORL y CCC y la transmisión de 3

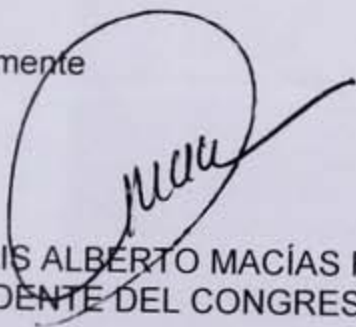
VIDEOTELECIRUGÍAS en vivo desde el Hospital Eye and Ear Infirmary desde la Ciudad de New York en coordinación con el Jefe del Servicio del Departamento de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, el Dr. Steven Schaeffer, las cuales se llevarán a cabo en el Salón Atlantes del hotel Acapulco Princess, único en Latinoamérica por sus facilidades tecnológicas y de confort.

Es también digno de mencionar que contamos entre nosotros con varios Profesores Extranjeros líderes de opinión dentro de la especialidad y entre los cuales tenemos el honor de la visita del Dr. Ugo Fisch ampliamente conocido por todos ustedes y considerado como uno de los prosectores de la otoneurocirugía y base de cráneo del siglo, con sus conferencias en tercera dimensión.

Por último el Congreso albergará la asistencia de médicos amigos y reconocidos otorrinolaringólogos latinoamericanos, de diferentes países como Colombia, Perú, Argentina, Bolivia, Panamá, Chile entre otros, que compartirán un ambiente internacional de nuestro Cincuentenario.

Les envío un cordial saludo y los espero para intercambiar un mar de experiencias dentro del más cálido ambiente científico - social.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Macías', written over a large, loopy circular flourish.

DR. LUIS ALBERTO MACÍAS FERNÁNDEZ
PRESIDENTE DEL CONGRESO

Hora	Abril miércoles 26	Abril jueves 27	Abril viernes 28	Abril sábado 29	Abril domingo 30
08:00 – 09:00	TRABAJOS LIBRES Y VIDEOCINTAS				
09:00 – 10:00	CONFERENCIA PROFERS. EXTRANJEROS Y CURSOS MONOGRAFICOS				
10:00 – 11:15	MESAS RENDONDAS Y SIMPOSIA				
11:15 – 11:45	EXPOSICION COMERCIAL				
11:45 – 12:30	CURSOS MONOGRAFICOS				
12:30 – 13:30	CONFERENCIA PROFERS. EXTRANJEROS				
13:30 – 14:00	EXPOSICION COMERCIAL				
14:00 – 14:45	CURSOS MONOGRAFICOS				
14:45 – 16:00	RECESO-COMIDA-EXPO. COMERCIAL				
16:00 – 17:30	TELEVIDEOCIRUGIA				
Sesión Neg. SMORL					
20:00	Inauguración	Fiesta – Tema	Fiesta - Tema	Noche Libre	Cena – Baile show

EXPO CIENTIFICA Y CARTELES

EXPO COMERCIAL

REGISTRO E INSCRIPCIONES

Conferencia
Magistral
Clausura

**PROGRAMA
SALON ATLANTES**

Miercoles 26 de Abril del 2000

Horario	Titulo	Autor Principal	Tipo
15:45 - 17:30	Telecirugía de rinoplastia abierta	Dr. Anthony P. Sclafani	Videoconferencia

Jueves 27 de Abril del 2000

Horario	Titulo	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Endoscopia de nariz y senos paranasales en pediatria	Dr. Héctor Aguirre Mariscal	videocinta
08:15 - 08:30	Quiste epidermoide del ángulo pontocerebeloso	Dr. José Lázaro Aguilar Nuñez	Trabajo libre
08:30 - 08:45	Hemangioma capilar intranasal tratamiento endoscópico	Dr. Mauricio Morales Cadena	videocinta
08:45 - 09:00	Abscesos en cuello: levofloxacin como alternativa de tratamiento	Dr. Andres Sánchez González	trabajo libre
09:00 - 10:00	Conceptos artísticos para la reconstrucción nasal	Dr. Gary C. Burget	conferencia
10:00 - 11:15	Cirugía integral de la nariz y plástica facial	Dr. Fausto López Infante	mesa redonda
11:45 - 12:30	Cirugia integral de la nariz	Dr. Fausto López Infante	curso monográfico
12:30 - 13:30	Rinoplastia de la nariz desviada	Dr. Abraham Kilimajer	conferencia
14:00 - 14:45	El nervio facial y la cirugía otomastoidea	Dr. Guillermo Hernández Valencia	curso monográfico
15:45 - 17:30	Telecirugía del seno facial	Dr. Steven D. Schaefer	videoconferencia

Viernes 28 de Abril del 2000

Horario	Titulo	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Uso de mometasona nasal en el preoperatorio de rinoseptoplastia como antiinflamatorio	Dr. Federico Alvarez Balbás	trabajo libre
08:15 - 08:30	Tubos de ventilación "T" contra tubos de ventilación de hidroxilapatita en niños con secuelas de labio y paladar hendido	González Sánchez	trabajo libre
08:30 - 08:45	Parálisis facial recidivante, presentacion de cuatro casos clínicos	Del Angel Lara	trabajo libre
08:45 - 09:00	Velocidad de transporte mucociliar nasal bajo método radioisotópico con mAA ¹²⁵ C 99 en pacientes con otitis media crónica	Dra. Luz Arcelia Campos Navarro	trabajo libre
09:00 - 10:00	Rinoplastia endonasal en la nariz hipo-hiperproyectada	Dr. Norman J. Pastorek	conferencia
10:00 - 11:15	La cirugía en la rehabilitación de la voz	Dr. Andres Delgado Falfari	mesa redonda
11:45 - 12:30	Dinámica en cirugía de la punta nasal	Dr. Guillermo Alatorre Sánchez de la Barquera	curso monográfico
12:30 - 13:30	Fotodiagnóstico y fototerapia en tumores de cabeza y cuello	Dr. Pais Clemente	conferencia
14:00 - 14:45	Alergia y asma para el otorrinolaringólogo actual	Dr. Bogomolny Yankelevich	curso monográfico
15:45 - 17:30	Telecirugía del oído congénito	Linstrom	videoconferencia

Sábado 29 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Padecimientos mas frecuentes referidos del departamento de urgencias al de otorrinolaringología en un periodo de cinco años	Dr. José Schimelmitz Idi	trabajo libre
08:15 - 08:30	Neoplasias poco frecuentes de cabeza y cuello	Dr. Jorge Fedrico Alvarez Balbás	trabajo libre
08:30 - 08:45	Alteraciones de la presión intraocular secundaria a la utilización de becometasona, mometasona y fluticasona tópica nasal, comparación entre ellos y un grupo de control	Dr. Daniel Bross Soriano	trabajo libre
08:45 - 09:00	La psicoprofilaxis quirúrgica a niños de 5 a 10 años sometidos a adeno y/oamigdalectomia	Dra. Gabriela Tercero Quintanilla	videocinta
09:00 - 10:00	Blefaroplastia superior e inferior	Dr. Norman J. Pastorek	conferencia
10:00 - 11:15	El otorrinolaringólogo en la cirugía de la base del cráneo	Dr. Guillermo Hernández Valencia	mesa redonda
11:45 - 12:30	Malformaciones congénitas de oído medio. Manejo integral	Dr. Pelayo Vilar Puig	curso monográfico
12:30 - 13:30	Técnicas estéticas para la reconstrucción nasal	Dr. Gary C. Burget	conferencia
14:00 - 14:45	Tratamiento quirúrgico del colesteatoma, técnica abierta vs. técnica cerrada. Método Fisch, experiencia personal de 20 años	Dr. Rodrigo Posadas Trujillo	curso monográfico

Domingo 30 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Evaluación del tratamiento de la estenosis subglótica traqueal adquirida, con resección subtotal anterior del cartilago cricoides y anastomosis tirocricotraqueal, en pacientes pediátricos, reporte preliminar	Dr. Enrique Azuara Pliego	trabajo libre
08:15 - 08:30	Autotransplante traqueal dividido y omentopexia en perros	Dr. Arturo Avila Chávez	trabajo libre
08:30 - 08:45	Evaluación del crecimiento craneofacial en niños mexicanos atendidos en el INP con deformidad rinoseptal o desviación septal, sometidos a septoplastia o rinoseptoplastia	Dr. Enrique Azuara Pliego	trabajo libre
08:45 - 09:00	Reconstrucción tridimensional de imágenes en ORL y C.C.C.	Dr. Rafael Camacho Romo	trabajo libre
09:00 - 10:00	Cirugía endoscópica de la nariz y senos paranasales	Dr. Nikhil Bhatt	conferencia
10:00 - 11:15	Casos problema en cirugía de cuello	Dr. Mario Sabas Hernández Palestina	mesa redonda
11:45 - 12:30	Manejo diagnóstico y quirúrgico de ronquido y apnea del sueño	Dra. Carolina Gutiérrez Sánchez	curso monográfico
12:30 - 13:30	Manejo de las alteraciones mas comunes de la voz. Un abordaje multidisciplinario	Dr. Pais Clemente	conferencia

9

**PROGRAMA
SALON FIESTA "C"**

Jueves 27 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Cambios histopatológicos de la mucosa nasal en pacientes que habitan la zona metropolitana del Distrito Federal y pacientes que habitan fuera	Dr. Angel Gerado González Valero	trabajo libre
08:15 - 08:30	Bacterias mas frecuentes y su sensibilidad a los antibióticos en pacientes con otitis media crónica en el C.M.N. "La Raza"	Dra. Emilia Guadalupe Zepeda López	trabajo libre
08:30 - 08:45	Increased knowledge and skills for diagnosing acute otitis media (AOM) in primary care physicians after attending a one day otitis media workshop	Dr. Alberto Villaseñor Sierra	trabajo libre
08:45 - 09:00	Aplicación de la endoscopia en cirugía otológica	Dra. Ma. Teresa Beltrán Perdomo	videocinta
09:00 - 10:00	Miringoplastia - analoplastia	Dr. Jgo Fisch	conferencia
10:00 - 11:15	Otitis media (conceptos actuales)	Dr. Pelayo Vilar Puig	mesa redonda
11:45 - 12:30	Alternativas en el manejo de la punta bulbosa	Dr. Grabiél Abud González	curso monográfico
12:30 - 13:30	Alteraciones del sueño	Dr. Marshall Strome	conferencia
14:00 - 14:45	Bloqueos neurales en cirugía rinofacial	Dr. Victor Eduardo Vera Martínez	curso monográfico

Viernes 28 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Evaluación en pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño después del tratamiento quirúrgico	Dr. Juan Emilio Arrieta Padrón	trabajo libre
08:15 - 08:30	Complicaciones hemorrágicas post-cirugía de cabeza y cuello. Utilidad del monitoreo ambulatorio de presión	Dra. Lilian Hernández Garcia	trabajo libre
08:30 - 08:45	Ligadura transantral de la arteria maxilar interna, técnica y resultados	Dr. Jorge Amador Aguilar Sánchez	trabajo libre
08:45 - 09:00	Laringopatía y manejo de la vía aérea pediátrica	Dr. Isaac Shubich Neiman	trabajo libre
09:00 - 10:00	Cirugía del colesteatoma	Dr. Ugo Fisch	conferencia
10:00 - 11:15	Cirugía endoscópica de nariz y senos paranasales	Dr. Benjamin Macias Fernández	mesa redonda
11:45 - 12:30	Estimulantes inmunológicos. Beneficios	Dr. Alejandro De la Torre Domínguez	curso monográfico
12:30 - 13:30	Petrosectomía subtotal, abordaje infratemporal	Dr. Ugo Fisch	conferencia
14:00 - 14:45	Tradicción del angiofibroma nasofaríngeo juvenil en el hospital General de México, su historia y tratamiento actual	Dr. Rogelio Chavolla Magaña	curso monográfico

Sábado 28 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Variabilidad intersujeto e interprueba en la vestibulometría por auto-torsión	Dr. Gonzalo Corvera Behar	trabajo libre
08:15 - 08:30	Resultados preliminares en la normalización de la audiometría de altas frecuencias en personas normoyentes en el I.N.C.H.	Dra. Ileana del Socorro Gutiérrez Farfán	trabajo libre
08:30 - 08:45	Rotación a 360° en pacientes con VPPB del canal semicircular horizontal	Dra. Heloisa C. de Toledo	trabajo libre
08:45 - 09:00	Psicodinamia de la sordera. Revisión bibliográfica	Dra. Dina Fabiola González Sánchez	trabajo libre
09:00 - 10:00	Trasplante de laringe	Dr. Marshall Strome	conferencia
10:00 - 11:15	Relaciones interprofesionales de las especialidades de otorrinolaringología y comunicación	Dra. Marta Rosete	panel
11:45 - 12:30	Practical guidelines for laser surgery of the turbinates, the nasal septum and the osteomeatal unit.	Dr. Juergen U. G. Hopf	curso monográfico
12:30 - 13:30	Trasplante de laringe II	Dr. Marshall Strome	conferencia
14:00 - 14:45	Rinoplastia externa	Dr. Jorge Arturo Zavala Habib	curso monográfico

Domingo 30 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Lesiones congénitas cervicales	Dr. Mario Sabas Hernández Palestina	trabajo libre
08:15 - 08:30	Enfermedad tiroidea en ORL, patología quirúrgicas poco frecuentes	Dr. Renpe Eduardo Guzmán Urrutia	trabajo libre
08:30 - 08:45	Mixoma del seno maxilar	Dr. Mario S. Hernández Palestina	trabajo libre
08:45 - 09:00	Modelo experimental de reparación de perforaciones septales con material biológico en cerdos	Dr. Luis Miguel Gutiérrez Marcos	trabajo libre
09:00 - 10:00	Fracturas del oído y otoesclerosis	Dr. Ugo Fisch	conferencia
10:00 - 11:15	Poliposis nasosinusal	Dr. José r. Arrieta Gómez	mesa redonda
11:45 - 12:30	Rinoplastia abierta en nariz hiper e hipoproyectada	Dr. Ricardo Epprecht Saelzr	curso monográfico
12:30 - 13:30	Osciculoplastia. Implante coclear	Dr. Ugo Fisch	conferencia
14:00 - 14:30	Conferencia Magistral		conferencia
14:30	Ceremonia de Clausura		

**PROGRAMA
SALON PRINCESA 1**

Jueves 27 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Incidencia y manejo del cáncer de laringe en el Hospital General C.M.N. "La Raza"	Dr. Mario Antonio Barrón Soto	trabajo libre
08:15 - 08:30	Micosis de cabeza y cuello y áreas otorrinolaringológicas, experiencia en el Instituto Nacional de Pediatría	Dr. Daniel González Dorantes	trabajo libre
08:30 - 08:45	Protocolos de diagnóstico y tratamiento de las patologías mas frecuentes de otorrinolaringología	Dra. Marisol Caro del Castillo Catalán	trabajo libre
08:45 - 09:00	Síntomas otorrinolaringológicos por reflujo gastroesofágico	Dr. José Luis Treviño González	trabajo libre
09:00 - 09:45	Didáctica. Puntos importantes para mejorar una conferencia	Dra. Carolina Gutiérrez Sánchez	curso monográfico
10:00 - 11:15	Cirugía de mínima invasión en ORL	Dr. José Angel Gutiérrez Marcos	Simposia
11:45 - 12:30	Resonancia magnética vs. Potenciales evocados en neurinomas del acústico	Dr. Martin Robinete	curso monográfico
14:00 - 14:45	Diagnóstico y tratamiento médico quirúrgico de la sinusitis en niños	Dr. Daniel Bross Soriano	curso monográfico

Viernes 28 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Cirugía poco frecuente del estribo	Dra. Monica Liliana Moreno Yañez	trabajo libre
08:15 - 08:30	Daño acústico por ruido, detección en trabajadores del transporte público	Dr. Jesús Aros Guzmán	trabajo libre
08:30 - 08:45	Hipoacusia sensorineural en pacientes con enfermedad reumática	Dra. Heloisa C. de Toledo	trabajo libre
08:45 - 09:00	El implante coclear, criterios actuales de selección y resultados	Dr. Emilio García Ibañez	trabajo libre
09:00 - 09:45	La nariz torcida	Dr. Horacio A. Castilla Serano	curso monográfico
10:00 - 11:15	Aplicaciones clínicas de las emisiones otoacústicas	Dr. Martin Robinete	conferencia
11:45 - 12:30	Alteraciones vocales en los trastornos degenerativos de la laringe y el envejecimiento	Dra. Martha Tarasco Michel	curso monográfico
14:00 - 14:45	Principios básicos de rinoplastia	Dr. Jaime Fandiño Izundegui	curso monográfico

Sábado 29 de Abril del 2000

Horario	Titulo	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Estreptococcus Pneumoniae resistente a la penicilina en infecciones respiratorias en el niño	Dr. Carlos De la Torre González	trabajo libre
08:15 - 08:30	Estudio histopatológico en piezas de amigdalectomía y adenoidectomía, análisis costo beneficio	Dr. Luis Albero Sánchez Marin	trabajo libre
08:30 - 08:45	Detección temprana de trastornos de agudez auditiva mediante el uso de emisiones otoacústicas en recién nacidos de alto riesgo	Dr. Armando Enrique Solís Chávez	trabajo libre
08:45 - 09:00	Reconstrucción facial buco-antral microquirúrgica	Dr. Rafael Ramirez Cabañas	trabajo libre
10:00 - 11:15			simposia
11:45 - 12:30	El implante coclear Clarión	Dr. Luis A. de J. Ortiz Armenta	curso monográfico
14:00 - 14:45	Programa multinstitucional de implantes cocleares	Dr. Antonio Soda Merhy	curso monográfico

Domingo 30 de Abril del 2000

Horario	Titulo	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Tumores glómicos de oído	Dr. Mario Antonio Barrón Soto	trabajo libre
08:15 - 08:30	Congruencias e incongruencias del reflejo estapedial	Dr. Rafael Espinosa Ulloa	trabajo libre
08:30 - 08:45	Monitorización facial en cirugía del schwannoma vestibular	Dr. José Juan Narvaez Huerta	trabajo libre
08:45 - 09:00	Factores determinantes de la curva audiométrica postoperatoria en pacientes con implantes colceares nucleus 22 y 24	Dr. Gonzalo Corvera Behar	trabajo libre
10:00 - 11:15	Programación de implantes cocleares I	Dra. Adriana Rivas	curso taller
11:45 - 14:00	Programación de implantes cocleares II	Dra. Adriana Rivas	curso taller

**PROGRAMA
SALON PRINCESA 2**

Jueves 27 de Abril del 2000

Horario	Titulo	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Timpanoplastia en niños	Dr. León Felipe García Lara	trabajo libre
08:15 - 08:30	Incidencia y manejo de la patología otológica asociada a adenoamigdalitis crónica en niños con labio y paladar hendido	Dra. Maria Eugenia Nolasco Grandos	trabajo libre
08:30 - 08:45	Estudio comparativo de timpanoplastia en niños con injerto de pericondrio de trago vs. facia de músculo temporal	Dr. Fernando Pineda Cazarez	trabajo libre
08:45 - 09:00	Miringoplastia en consultorio, comparación de pericondrio tragal contra papel arroz en el cierre de perforaciones timpánicas	Dr. Ricardo Cárdenas Padrón	trabajo libre
09:00 - 09:45	Frácturas craneofaciales	Dra. Esmeralda Quezada Méndez	curso taller
10:00 - 11:15	Otitis Media derivadas de la consulta de 1er contacto	SmithKline Beecham	simposium
11:45 - 12:30	Tratamiento quirúrgico del mucocoele de los senos paranasales	Dr. Alejandro Martin Vargas Aguayo	curso monográfico
14:00 - 14:45	Abordaje diagnóstico y terapéutico de la otitis media en niños de alto riesgo	Dr. Carlos De la Torre González	curso monográfico

Viernes 28 de Abril del 2000

Horario	Titulo	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Manejo de abscesos en cuello	Dr. Jorge Enrique Cruz Ponce	trabajo libre
08:15 - 08:30	Uso de ketanserian tópica para acelerar la cicatrización de laceraciones de la mucosa septal, estudio doble ciego	Dr. Bernardino Ricardo Sánchez Sánchez	trabajo libre
08:30 - 08:45	Flutamida como tratamiento prequirúrgico en pacientes con angiofibroma juvenil nasofaríngeo con invasión intracraneana, en el Hospital General de México, O.D. Estudio preliminar de cuatro casos	Dr. Luis Jorge Alanis Calderón	trabajo libre
08:45 - 09:00	Infecciones noscomiales en pacientes oncológicos de cabeza y cuello	Dr. Jesús Miranda Loa	trabajo libre
09:00 - 09:45	El tratamiento quirúrgico del vértigo	Dr. Luis A. de J. Ortiz Armenta	curso monográfico
10:00 - 11:15	La Influenza y sus implicaciones en ORL	SmithKline Beecham	simposium
11:45 - 12:30	Antibióticos en otorrino primera parte, generalidades, segunda parte aplicaciones clínicas	Dr. Hugo González Valdepeña	curso monográfico
14:00 - 14:45	Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico del síndrome de apnea obstructiva del sueño	Dr. Carlos Garcini Pablos Vélez	curso monográfico

Sábado 29 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Progesterone as a stimulator of regeneration through chamber in the hamsters facial nerver	Dra. Maria Estela Chávez Delgado	trabajo libre
08:15 - 08:30	Melanocarcinoma del surco nasogeniano derecho	Dr. Octavio Santana Hurtado	trabajo libre
08:30 - 08:45	Tumores malignos de amigdala palatina, presentación de tres casos	Dra. Verónica Eduwiges Alvarez Guzmán	trabajo libre
08:45 - 09:00	Abordaje transesfenoidal experiencia del servicio del ORL HCSAE PEMEX	Dra. Nuria Cristina Cárdenas Maldonado	trabajo libre
10:00 - 11:15	El ORL frente a las algias y neuralgias craneofaciales	Dr. Alejandro Terzián	conferencia
11:45 - 12:30	Manejo del colesteatoma	Dr. Luis G. Martín Armendariz	curso monográfico
14:00 - 14:45	Tratamiento quirúrgico del vértigo	Dr. Luis A. De J. Ortiz Armenta	curso monográfico

Domingo 30 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Experiencia del C.M.N. "20 de Noviembre" en el manejo de glomus de cabeza y cuello	Dr. Francisco Manuel Sánchez Ortega	trabajo libre
08:15 - 08:30	Incidencia y avances en abordajes transeptal, transesfenoidales en el C.M.N. "20 de Noviembre"	Dra. Lourdes Ivonne Garcia Hernández	trabajo libre
08:30 - 08:45	Vía de abordaje a la silla turca trans-septo esfenoidal	Dr. Francisco Manuel Sánchez Ortega	videocinta
08:45 - 09:00	Diagnóstico y tratamiento del hiperparatiroidismo primario	Dr. Jorge Federico Alvarez Balbás	trabajo libre
10:00 - 11:15	Medicina aeroespacial y otorrinolaringológica	Dr. Humberto Cota Gómez	simposium
11:45 - 12:30	Estapedectomía, cirugía primaria y de revisión	Dr. Antonio Soda Merhy	curso monográfico

**PROGRAMA
SALON PRINCESA 3**

Jueves 27 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	El equilibrio y el vestibulo	Dra. Carmen Tirado Gutiérrez	trabajo libre
08:15 - 08:30	Infarto del pedúnculo cerebeloso medio (IPCM) y su diagnóstico diferencial con vértigo periférico	Dr. Carlos Flores Carranza	trabajo libre
08:30 - 08:45	Vértigo como síntoma principal de patología central	Dra. Ivonne Cárdenas Velázquez	trabajo libre
08:45 - 09:00	Valor de la mesa vasculante en pacientes con vértigo	Dr. Mauricio Morales Cadena	multimedia
09:00 - 09:45	El manejo neuro/otológico de los tumores del acústico	Dr. Luis A. de J. Ortiz Armenta	curso monográfico
10:00 - 11:15	Rinosinusitis. Los retos de nuevo milenio	Bayer	simposium
11:45 - 12:30	Patología quirúrgica tiroidea en ORL	Dr. Miguel Angel Garcia Garcia	curso monográfico
14:00 - 14:45	Un enfoque práctico en el estudio y tratamiento de la laringitis por reflujo	Dr. Masao Kume Omine	curso monográfico

Viernes 28 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Manejo de 54 pacientes con triada de las aspirinas: revisión 1996-1999	Dra. Jaqueline Guadalupe Vázquez Ramirez	trabajo libre
08:15 - 08:30	Displasia fibrosa craneofacial	Dr. Laureano Palacio Zurita	trabajo libre
08:30 - 08:45	Reparación quirúrgica de perforaciones septales mayores	Dr. Fernando Pineda Cazarez	trabajo libre
08:45 - 09:00	Rinosinusitis crónica. Estudio de prevalencia	Dr. German Fajardo Dolci	trabajo libre
10:00 - 11:15	Nuevas alternativas en el tratamiento de la rinosinusitis	Bristol	simposium
11:45 - 12:30	El estudio del sistema vestibular periférico y central (evaluación del nistagmus a través de modernas técnicas otoneurológicas)	Dr. Jorge Said Martinez	curso monográfico
14:00 - 14:45	Angiofibroma nasofaríngeo juvenil, epidemiología, clínica y tratamiento	Dr. Alejandro Terzián	curso monográfico

Sábado 29 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Experiencia en el estudio y tratamiento del edema de Reinke	Dr. Masao Kume Omine	trabajo libre
08:15 - 08:30	Técnicas de alta seguridad en la cirugía de la otoesclerosis	Dr. Luis A. de J. Ortiz Armenta	trabajo libre
08:30 - 08:45	Manejo de la hipertrofia del cornete inferior mediante el uso del microdebridador	Dr. Mauricio Morales Cadena	trabajo libre
08:45 - 09:00	Estabilización de la audición en oídos hidrópicos con el uso de esteroides y metotrexate (reporte preliminar)	Dr. Pedro Becerril Pérez	trabajo libre
10:00 - 11:45	Uso de cefalosporinas en otorrinolaringología	Bristol	simposium
11:45 - 12:30	Actualización de antibióticos en otorrinolaringología	Dr. Alfredo Chi Chan	curso monográfico
14:00 - 14:45	Rinosinusitis ¿Cómo proceder ante fallas al tratamiento médico y/o quirúrgico establecido?	Dr. Miguel Angel Betancourt Suárez	curso monográfico

Domingo 30 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Microbiología de la rinitis alérgica	Dr. Jorge Federico Alvarez Balbás	trabajo libre
08:15 - 08:30	Experiencia en el uso de alimentación enteral con sonda nasoyeyunal en pacientes postoperados con carcinoma de laringe en el Hospital Juárez de México	Dr. Edgar Arturo Perdomo Flores	trabajo libre
08:30 - 08:45	Tratamiento de cornetes con plasma de argón	Dr. Alejandro Martín Vargas Aguayo	trabajo libre
08:45 - 09:00	Resección cricotraqueal para estenosis subglótica en pacientes pediátricos	Dr. Héctor Aguirre Mariscal	trabajo libre
11:45 - 12:30	Materiales de osteosíntesis craneofacial	Dra. Esmeralda Quezada Méndez	curso monográfico

**PROGRAMA
SALON PRINCESA 4**

Jueves 27 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Estudio microbiológico y epidemiológico de las otomicosis	Dr. Daniel Bross Soriano	trabajo libre
08:15 - 08:30	Incidencia y tratamiento de la mucormicosis	Dr. Mario Antonio Barrón Rivas	trabajo libre
08:30 - 08:45	Estudio comparativo de mometasona y beclometasona para rinitis alérgica: eficacia, tolerancia y cumplimiento de tratamiento	Dra. Teresa González Galindo	trabajo libre
08:45 - 09:00	Experiencia en las urgencias otorrinolaringológicas	Dra. Ana Paula Real Villa Corona	trabajo libre
09:00 - 09:45	Cirugía facial y láser de CO2	Dr. Jaime Fandiño Izundegui	curso monográfico
10:00 - 11:15	Nuevas técnicas en el manejo médico de la poliposis nasal	Glaxo Wellcome	simposium
11:45 - 12:30	"Rinoplastia" el manejo de la punta nasal	Dr. Marcos A. Rodríguez Perales	curso monográfico
14:00 - 14:45	Mecanismos actuales del comportamiento del colesteatoma del oído medio	Dr. León Felipe García Lara	curso monográfico

Viernes 28 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Perifiloplastia secundaria con implante de gorotex y reconstrucción simultánea de válvula media	Dr. Gustavo Romero Pérez	videocinta
08:15 - 08:30	Guía de autoenseñanza para el manejo de lóbulo nasal	Dr. Jaime Fandiño Izundegui	trabajo libre
08:30 - 08:45	Granuloma reparador de células gigantes reporte de un caso y revisión de la literatura	Dr. Jesús Gonzalo Dávila Flores	trabajo libre
08:45 - 09:00	Manejo de arrugas faciales con botox y láser facial	Dr. Jorge Arturo Zavala Habib	trabajo libre
10:00 - 11:15	Simposium Astra Séneca		simposium
11:45 - 12:30	Resección craneofacial en tumores nasosinusales	Dr. Héctor José Canepa	curso monográfico
14:00 - 14:45	Sinusitis en pediatría, actualización 1999 - 2000	Dr. Isaac Shubich Neiman	curso monográfico

Sábado 29 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Miofascitis necrotizante cervical por <i>Klebsiella Pneumoniae</i> en el paciente diabético. Reporte de un caso y revisión de la literatura	Dr. Guillermo Navarro Santos	trabajo libre
08:15 - 08:30	Estadificación de la enfermedad nasosinusal de Lund y Mackay experiencia en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Resultados	Dr. Bernardo Dávila Dávila	trabajo libre
08:30 - 08:45	Cirugía funcional endoscópica de nariz y spn	Dr. Bernardino Ricardo Sánchez Sánchez	trabajo libre
08:45 - 09:00	Estapedectomía de revisión. Experiencia del Hospital Juárez de México 1992 - 1999	Dr. Francisco Javier Saynes Marin	trabajo libre
11:45 - 12:30	El programa de implante coclear del Instituto Mexicano de Otología y Neurootología 1987 - 2000	Dr. Gonzalo Corvera Behar	curso monográfico
14:00 - 14:45	Rinoplastia: conceptos prácticos y resultados	Dr. Armando González Romero	curso monográfico

Domingo 30 de Abril del 2000

Horario	Título	Autor Principal	Tipo
08:00 - 08:15	Pegamento de fibrina	Dr. Bernardino Ricardo Sánchez Sánchez	videocinta
08:15 - 08:30	Colesteatoma de conducto auditivo externo en paciente joven. Reporte de un caso y revisión de literatura	Dr. Silvio Jurado Hernández	trabajo libre
08:30 - 08:45	Implante coclear en niños	Dr. Felicitos Santos Garza	trabajo libre
08:45 - 09:00	Médico otorrinolaringólogo	Dr. Bernardino Ricardo Sánchez Sánchez	trabajo libre
11:45 - 12:30	Correlación de diagnóstico endoscópico y tomográfico en nariz y senos paranasales		curso monográfico

Anteriormente la Amoxicilina se administraba 3 veces al día, complicando el cumplimiento terapéutico.



Ahora...

PEV
PENAMOX^{*}
Amoxicilina **12h**
Un mejor apego al tratamiento

En faringitis, amigdalitis y bronquitis:

- Eficacia comparable ⁽¹⁾
- Mejor cumplimiento ⁽²⁾
- Mayor comodidad
- Menores efectos adversos ⁽³⁾

En un nuevo esquema de dos veces al día

BIBLIOGRAFIA

1. Data on file: My-1010/BRL-025000/1/CPMS-234. Comparación de la seguridad y eficacia de diferentes regímenes de amoxicilina en el tratamiento de infecciones bacterianas de vías respiratorias inferiores. SmithKline Beecham. Protocolo 25000/234.
2. Grob PR. Antibiotic prescribing practices and patient compliance in the community. Scand J Infect Dis. 1992 83: 7-14.
3. Feder HM Jr. Comparative tolerability of ampicillin, amoxicillin, and trimethoprim-sulfamethoxazole suspensions in children with otitis media. Antimicrob Agents Chemother. 1982; 21: 426-427.

PENAMOX 12h nombre comercial para prescripción reducida 1 - Nombre comercial: PENAMOX 12h Nombre genérico: Amoxicilina 2 - Forma Farmacéutica: Tabletas y Suspensión

Formulación: Tabletas Suspensión Junior
Amoxicilina hidratada 875 mg 400 mg/5ml

3 - Indicaciones terapéuticas PENAMOX 12h es un antibiótico de amplio espectro para el tratamiento de infecciones bacterianas tales como infecciones agudas y crónicas de vías respiratorias superiores e inferiores, otitis media, sinusitis, faringotonsilitis, escarlatinas agudas de bronquitis crónica y neumonías, infecciones gastrointestinales, infecciones de piel y tejidos blandos, infecciones genitourinarias, infecciones odontológicas, infecciones de ojo y todas las demás infecciones de vías bajas. Infecciones penales. Gonorrea no protegida de transmisión bacteriana. Meningitis, infecciones dentales. PENAMOX 12h está indicado en infecciones causadas por *Streptococcus pneumoniae* resistente a la penicilina y ampicilina. Recientemente se ha comprobado la eficacia de PENAMOX 12h para eliminar a *Helicobacter pylori* en asociación con antiácidos, ranitidol, lansoprazol o bismuto, reduciendo así el riesgo de úlceras pépticas o duodenales y gastritis crónica asociadas por esta bacteria.

4 - Contraindicaciones PENAMOX 12h no debe administrarse a pacientes hipersensibles a la penicilina, ampicilina y demás betalactámicos. **5 - Precauciones o restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia Precauciones:** Antes de prescribir PENAMOX 12h descartar una posible hipersensibilidad a penicilina y otros betalactámicos. Se han reportado reacciones de hipersensibilidad y fiebre. La dosis debe ajustarse en pacientes con insuficiencia renal.

Uso en el embarazo y lactancia: El uso de PENAMOX 12h puede considerarse adecuado siempre y cuando los beneficios sobrepasen los riesgos asociados asociados con el tratamiento. La amoxicilina puede administrarse durante la lactancia. Con excepción del riesgo de hemólisis asociada con la excreción de niveles elevados de amoxicilina en la leche materna, no se reportan efectos nocivos para los lactantes.

6 - Reacciones secundarias y adversas Los efectos colaterales, si es que ocurren, penicilinas son poco usuales, de naturaleza leve y transitoria, incluyendo: **Reacciones de hipersensibilidad:** Si se presenta alguna reacción de hipersensibilidad, debe suspenderse el tratamiento. En ocasiones se han reportado eritema, dermatitis, urticaria y urticaria. Rara vez se han reportado reacciones cutáneas, como eritema multiforme y síndrome de Stevens Johnson, eritema epidérmico tóxico y síndrome de Lyell y síndrome de exfoliación. Los exantemas exfoliativos se han asociado con fiebre. A que los son otros antibióticos, se han reportado que en reacciones alérgicas severas, incluyendo edema angioneurótico, anafilaxia, síndrome del suero y vasculitis por hipersensibilidad. Escasamente se ha reportado nefritis intersticial.

Reacciones gastrointestinales: Incluyen náusea, vómito y diarrea. En raras ocasiones se han reportado condiciones intestinales como el síndrome de intestino irritable.

Efectos hepáticos: Escasamente se ha observado una reacción moderada de las transaminasas (TGO y TGP), pero sin significancia clínica. **Efectos hematológicos:** A que los son otros antibióticos betalactámicos, se ha reportado anemia hemolítica, trombocitopenia reactiva y anemia hemolítica. También se ha reportado ocasionalmente prolongación del tiempo de sangrado y de protrombina. Para ser se han observado efectos en el ECG.

7 - Interacciones medicamentosas y de otro género El probenecid disminuye la excreción renal renal de la amoxicilina dando como resultado una mayor actividad y prolongación de amoxicilina en sangre. La amoxicilina puede reducir la eficacia de los anticonceptivos orales. El uso concomitante con alcohol puede incrementar la probabilidad de reacciones alérgicas cutáneas. Cuando se prescriben anticoagulantes concomitantemente con la amoxicilina, debe realizarse un seguimiento apropiado ya que se ha reportado prolongación de tiempo de protrombina.

8 - Precauciones y relación con efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis y sobre la fertilidad No se han reportado datos directos de alteraciones relacionadas con efectos carcinogénicos, mutagénicos, teratogénicos, ni sobre la fertilidad.

9 - Dosis y vía de administración Adultos: Dosis estándar del adulto: Una tableta de PENAMOX 12h cada 12 horas. La administración de PENAMOX 12h debe mantenerse por 40 a 72 horas después de la desaparición de los síntomas y signos respiratorios.

Entre casos de sospecha de enfermedad ulcerosa péptica ocasionada por *Helicobacter pylori* se recomienda PENAMOX 12h cada 12 horas por día, en cuatro semanas asociado con antiácidos, ranitidol, lansoprazol o bismuto, reduciendo así el riesgo de úlceras pépticas o duodenales y gastritis crónica asociadas por esta bacteria. En infecciones causadas por *Streptococcus pneumoniae* resistente a la dosis puede ser equivalente.

Niños: Las dosis diarias recomendadas de PENAMOX 12h SUSPENSIÓN JUNIOR son como sigue:

25 mg/kg/día en infecciones leves y moderadas.
45 mg/kg/día para el tratamiento de infecciones más serias.
Niños mayores de 2 años:
25 mg/kg/día 2 - 6 años 2.5 ml de PENAMOX 12h Suspensión Junior 400 mg/5 ml (13.21 kg) dos veces al día
7 - 12 años 3.0 ml de PENAMOX 12h Suspensión Junior 400 mg/5 ml (22-40 kg) dos veces al día
45 mg/kg/día 2 - 6 años 5.0 ml de PENAMOX 12h Suspensión Junior 400 mg/5 ml (13-21 kg) dos veces al día
7 - 12 años 10.0 ml de PENAMOX 12h Suspensión Junior 400 mg/5 ml (22-40 kg) dos veces al día

• Para los niños menores de 2 años el tratamiento deberá establecerse de acuerdo a la dosis pediátrica. • Para niños arriba de 40 kg se recomienda la dosificación con PENAMOX 12h. **Tablones: Detención Renal:** Para niños con una velocidad de filtración glomerular (VFG) < 30ml/min no se requiere ningún ajuste en la dosis. Para niños con una VFG < 30 ml/min no se recomienda el uso de este medicamento. En el detención renal la excreción del antibiótico se reduce y dependiendo del grado de detención puede ser necesario reducir la dosis de la tabla.

10 - Sobredosificación o ingesta accidental: manifestaciones y manejo (antídotos) Es improbable que surjan problemas de sobredosificación con amoxicilina (nausea, vómito y diarrea) que deberán tratarse de manera sintomática. La amoxicilina puede eliminarse de la circulación por medio de hemodiálisis. **11 - Presentaciones PENAMOX 12h TABLETAS** con sabor a naranja, 6.6 y 10 tabletas. PENAMOX 12h SUSPENSIÓN JUNIOR, frasco con polvo para reconstituir a 50 ml.

12 - Leyendas de protección No se debe el alcance de los niños. Se advertirán reacciones adversas. No se administre este medicamento sin ser el individuo impreso. Texto del instructivo impreso.

1 - Cualquier tipo de penicilina administrada por cualquier vía puede ser peligrosa de desencadenar reacciones alérgicas. **2 -** Estas reacciones pueden presentarse tanto en personas que ya hayan recibido una medicación previa de cualquier tipo de penicilina y por cualquier vía así como en las personas que nunca han recibido esta clase de medicamentos.

3 - La sensibilidad de cada persona al medicamento es variable. Cuando las reacciones alérgicas se presentan pueden consistir en: urticaria, prurito, eritema, asma, inflamación de las manos, labios, piel y/o de las mucosas, fiebre y estado de choque anafiláctico pudiendo producir reacciones de diversa magnitud que van desde las leves hasta las graves. **4 -** La penicilina es un medicamento del que se atribuye el mayor porcentaje en las reacciones alérgicas producidas en el enfermo, ya sea por uso del medicamento o por cualquier otro factor alérgico (trato de origen alimenticio) puede determinarse si este producto debe o no ser administrado. **5 -** Este medicamento contiene penicilina y por lo tanto no debe administrarse en ningún caso si se es alérgicamente por prescripción y bajo vigilancia médica. **13 - Hecho en México por:** SmithKline Beecham México, S.A. de C.V. Av. Miguel Alemán de Guzmán 307, Colonia Reforma de México, México DF 06710. DF.

14 - Números de Registro PENAMOX 12h, TABLETAS: 1044999. SSA. PENAMOX 12h, SUSPENSIÓN JUNIOR: 100099. SSA. IPPR No. (SEAR) 104973/RM99. No. de entrada: 405433.

Una información más amplia para prescribir, puede ser solicitada al representante médico o directamente a la Dirección Médica de SmithKline Beecham México, S.A. de C.V. Av. Universidad 1449, Colonia Florida, México 01030 D.F. Teléfono (5) 339-1300

CURSOS MONOGRAFICOS

POR AUTORES

ALTERNATIVAS EN EL MANEJO DE LA PUNTA BULOSA

Gabriel Abud González, Ma. Dolores Orta Díaz
Hospital Médica Sur

El manejo quirúrgico de la "punta bulosa" en pacientes no caucásicos, con piel gruesa y en ocasiones redundante, representa un reto para el rinólogo que se inicia, así como, para el rinólogo más experimentado, dejando en ocasiones resultados posoperatorios insatisfactorios. Se proponen diferentes técnicas quirúrgicas para la corrección de la nariz bulosa, e incluso combinación de las mismas, seleccionando las diferentes técnicas en forma individualizada tomando en consideración el tipo de piel, forma de la base y punta nasal, expectativas del paciente con respecto al resultado de la cirugía, y con valoración fotográfica pre y postquirúrgica.

DINÁMICA EN CIRUGÍA DE LA PUNTA NASAL

Guillermo Alatorre Sánchez de la Barquera
Medicina Privada

Objetivos del curso: Organizar la mente del cirujano. 1. Revisar aspectos de anatomía quirúrgica. 2. Explicar la dinámica en cirugía del lóbulo. 3. Análisis de casos clínicos. El cirujano rinólogo debe conocer las diferentes técnicas quirúrgicas para resolver los problemas tanto funcionales como estéticos. Se las diferentes secciones de la rinoplastia es la cirugía de la punta, la que resulta más difícil de conceptualizar, y de imaginar los cambios que desearía lograrse. Esto se debe a que la dinámica anatómica tridimensional al momento de operar es muy complicada. En el presente curso, se pretende organizar una metodología de trabajo, para saber evaluar estéticamente el lóbulo; en base a esto, plantear posibles soluciones y saber escoger la mejor técnica en cada caso en particular, conociendo sus ventajas y desventajas. Finalmente se analizan casos clínicos haciendo diagnóstico preoperatorio, mencionando la técnica quirúrgica, y presentando el resultado postoperatorio.

RINOSINUSITIS ¿CÓMO PROCEDER ANTE FALLAS AL TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO ESTABLECIDO?

Miguel Angel Betancourt Suárez
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

El término rinosinusitis por definición implica una inflamación de las membranas mucosas de la nariz y de los senos paranasales, de las secreciones en ellos contenidos, probablemente del neuroepitelio y del hueso subyacente (1). Nótese que el término de rinosinusitis por un lado implica que en la mayoría de los casos se observa inflamación tanto de las mucosas nasales como de las sinusales en un mismo momento, ejemplo de ésta situación se ha observado hasta en un 85% de los casos de catarro común ocasionado por Rhinovirus o Coronavirus en los que se observa en una tomografía computada o bien en una resonancia magnética opacificaciones pansinusales o bien imágenes hiperintensas pansinusales respectivamente, esto habla de la sincronización en la que reaccionan las mucosas nasales con las mucosas sinusales (2). Sin embargo, por otro lado la definición no determina un agente etiopatogénico

y exclusivamente habla de un proceso inflamatorio por lo que algunos autores han sugerido que se le reconozca como un síndrome (1). La rinosinusitis puede ser causada por una gran variedad de fenómenos etiológicos incluyendo alteraciones anatómicas, alergias, infecciones (virus, bacterias, hongos o parásitos), reflujo gastroesofágico, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, fibrosis quística, síndromes de disquinesia ciliar primaria, y otras enfermedades más raras como ciertas granulomatosis (enfermedad de Wegener y Sarcoidosis). De aquí la importancia de definir el agente o agentes etiológicos que en un momento dado llevan a un paciente a padecer de rinosinusitis; efectivamente, podemos encontrar dos o tres condiciones etiopatogénicas asociadas en un mismo paciente como alteraciones anatómicas y alergia, o bien, reflujo gastroesofágico y alergia o en otros casos alergia e inmunodeficiencia y, si no dilucidamos los agentes etiológicos específicos no podremos dirigir una terapéutica médica y/o quirúrgica adecuada lo cual no lleva a una falla al tratamiento establecido (3)(4). Por otro lado existen entidades nosológicas que pueden simular sintómicamente una rinosinusitis y que no lo son, tales como algunos tipos de migraña, síndromes dolorosos miofaciales, rinitis alérgica pura o padecimientos psicósomáticos que debemos detectar para referir al paciente con otro especialista para su evaluación y tratamiento (5). Objetivo: El presente curso tiene como objetivo el realizar una revisión bibliográfica y compartir los conocimientos y experiencia del autor sobre la etiopatogenia de la rinosinusitis, la metodología diagnóstica más avanzada y la terapéutica medico-quirúrgica óptima para el manejo de las enfermedades nasosinusales. Material y Métodos Se han evaluado de manera retrospectiva los expedientes de pacientes con rinosinusitis referidos al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el transcurso de 6 años (1993-1999); la mayoría de éstos pacientes fueron referidos a ésta institución por el difícil control de su enfermedad, fuese por un diagnóstico parcial o incorrecto o bien por un tratamiento médicoquirúrgico sub-óptimo. Cada uno de los pacientes se estudiaron exhaustivamente hasta agotar posibilidades diagnósticas, únicas o asociadas y fueron objeto de una estadificación de enfermedad rinosinusal según Lund y McKay (6). Así mismo se les ofreció un tratamiento médico o medicoquirúrgico hasta lograr resolución en su sintomatología ya fuese totalmente o lo más cercano a su bienestar. Resultados: En la mayoría de los pacientes se logró definir la etiopatogenia de la enfermedad y se ofreció un tratamiento dirigido a la misma. Los diagnósticos etiopatogénicos fueron con mayor frecuencia las alteraciones anatómicas y las reacciones de hipersensibilidad, no fueron raros los diagnósticos de inmunodeficiencias primarias o congénitas, la fibrosis quística, la disquinesia ciliar primaria, el reflujo gastroesofágico y situaciones asociadas como alergia con inmunodeficiencia de algún tipo. Fueron muy raras las infecciones micóticas (aspergilosis o mucormicosis) las infecciones por gérmenes atípicos (*Klebsiella oxitoca*) y las enfermedades granulomatosas. Discusión No es raro que el médico especialista en otorrinolaringología se enfrente

a pacientes referidos por médicos generales, internistas, alergólogos o pediatras a una rinosinusitis de difícil control o a rinosinusitis en algún paciente que ha presentado una o múltiples fallas al tratamiento médico o quirúrgico. Estos casos representan un verdadero reto diagnóstico terapéutico.

ALERGIA Y ASMA PARA EL OTORRINOLARINGÓLOGO ACTUAL

Mauricio Bogomolny Yankelevich

Centro de Otorrinolaringología Alergia y Medicina Integral S.C.

El 50% de los pacientes que acuden a la consulta del otorrinolaringólogo presentan síntomas sugestivos de alergia. El 12% de la población de los Estados Unidos, tiene algún tipo de alergia. El 17% de los niños son alérgicos. El 75% de los asmáticos tienen sinusitis. Es momento de enfrentarnos a nuestra realidad, "el Otorrinolaringólogo debe estar preparado para tratar o por lo menos identificar los procesos alérgicos de vías respiratorias superiores e inferiores. El asma es una enfermedad alérgica en la mayoría de las ocasiones, potencialmente mortal y que no se "cura" simplemente con un antihistamínico o un aerosol inhalado. El Otorrinolaringólogo es quirúrgico por excelencia, pero muchas de las enfermedades a las que se enfrenta, entre ellas, el asma y la rinitis alérgica no se curan con cirugía. El objetivo del curso es el de presentar a los Otorrinolaringólogos los avances existentes en el campo de la alergia en vías respiratorias, las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento avaladas por la Academia Americana de Alergia en Otorrinolaringología y presentar sugerencias prácticas de ¿Cómo lo hago? Cuando nos enfrentemos a un paciente asmático compensado o descompensado. También se evaluarán los diferentes procedimientos quirúrgicos que benefician definitivamente a un paciente alérgico y aquellos que en lugar de aliviar un poco su enfermedad, la complican aún más.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO DE LA SINUSITIS EN NIÑOS

Daniel Bross Soriano

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

El objetivo del estudio es revisar los factores predisponentes, etiopatogenia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las sinusitis en los pacientes en edad pediátrica.

Pondremos especial énfasis en las variantes anatómicas que presentan los niños en comparación de los adultos y que son básicos en el tratamiento quirúrgico endoscópico de la patología infecciosa e inflamatoria, así como tumoral nasosinusal.

Relacionaremos las alteraciones anatómicas, así como alteraciones en la sensibilidad a inhalantes y/o alimentos que pueden predisponer a cuadros sinusales.

Se revisarán los estudios de la literatura que nos indican cuáles son la microbiología de los agentes casuales y por lo tanto los medicamentos antibióticos que debemos de utilizar.

Finalmente se revisarán los artículos de la literatura reciente así como las técnicas quirúrgicas específicas en niños.

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, POLISOMNOGRAFÍA

Alejandro Camelo Schwarz, Francisco Guerrero

Campos, Carlos Garcini Pablos Vélez

Centro Médico Miravalle

Se estima que existen alrededor de 30 millones de personas en los Estados Unidos de América que requieren ser estudiados y tratados por ser portadores del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS).

En la mayoría de las Clínicas para estudio de Patologías del sueño en nuestro país los pacientes son estudiados en forma parcial ya que son manejadas por Neurólogos u otros Especialistas que no practican una exploración adecuada de las vías aéreas superiores.

Por otro lado es frecuente ver que el Otorrinolaringólogo practique tratamientos quirúrgicos con la sospecha clínica de un SAOS sin haber estudiado mediante polisomnografía a su paciente, lo que condiciona con frecuencia malos resultados y en ocasiones graves complicaciones.

En el presente trabajo hacemos una revisión de los aspectos clínicos del SAOS su diagnóstico diferencial y el protocolo de estudio multidisciplinario que seguimos en nuestra Clínica, así como nuestra experiencia de 5 años con el uso de polisomnografía ambulatoria.

1. Otorrinolaringólogo Centro Médico Miravalle Monterrey N.L.
2. Neurólogo Centro Médico Miravalle Monterrey N.L.
3. Otorrinolaringólogo Querétaro QTO.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y NO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Alejandro Camelo Schwarz, Francisco Guerrero

Campos, Carlos Garcini Pablos-Vélez

Centro Médico Miravalle

El SAOS es una patología que es estudiada y tratada por diferentes Especialistas como Neurólogos, Neumólogos, Cirujanos Maxilofaciales, y Otorrinolaringólogos.

Es frecuente encontrar en los Congresos y en las publicaciones de estas diferentes especialidades fuertes tendencias para indicar un tratamiento conservador (CA-PAP) o quirúrgico, casi siempre éste último limitado a Uvulopalatoplastia con láser o cauterio o bien uvulopalatofaringoplastia.

En nuestra experiencia hemos encontrado que esto lleva con frecuencia a malos resultados. Consideramos que por tratarse de una patología que se origina en la faringe, es el Otorrinolaringólogo quien tiene la capacidad de manejar todas las alternativas de tratamiento (quirúrgicas y no quirúrgicas) de ésta frecuente y complicada enfermedad, apoyado por otros Especialistas cuando así se requiere, ya es una enfermedad sistémica.

Presentamos nuestra experiencia en la adaptación de los distintos CPAPs que existen en el mercado sus ventajas y desventajas.

Por otro lado hacemos una revisión de las distintas técnicas quirúrgicas y nuestros resultados incluyendo cirugía nasal, Uvulopalatofaringoplastia, Uvulopalatoplastia Láser, Avance de Genioglosos, Fijación de Hioides etc.

RESECCIÓN CRANEOFACIAL EN TUMORES NASOSINUSALES

Héctor José Canepa

Definición: Es la resección en monobloque de un sector del macizo facial realizada a través de un abordaje combinado transcraneal y transfacial. La filosofía del método está basada en que la resección transfacial pura es insuficiente para asegurar la radicalidad del tratamiento.

Historia: El procedimiento fue usado por diversos autores desde Dandy en 1941, ampliándose sus indicaciones y poniéndose a punto su técnica hasta la década del 80.

Indicaciones: 1. Carcinomas T3 y T4 de etmoides. 2. Tumores con invasión endocraneana o de la lámina cribosa. 3. Tumores con invasión de las paredes superior y/o posterior de la órbita. 4. Tumores con invasión de la base de la pterigoides o el techo de la fosa infratemporal.

Limitaciones: 1. Tumores con invasión masiva del parénquima cerebral. 2. Tumores con invasión masiva del seno cavernoso. **Tipos:** Se reconocen tres tipos de resección, de acuerdo con su topografía, la que se basa en el aspecto topovolumétrico del tumor a tratar: 1. Resección anterior craneoetmoidal. 2. Resección anterior craneo-orbitaria. 3. Resección lateral. **Técnica:** Si bien cada situación presenta sus particularidades, podemos en forma general describirla dividiéndola en sus tres elementos básicos: 1. Abordaje, 2. Resección, 3. Reconstrucción. 1. Abordaje.- Se trata de combinaciones variables de incisiones craneales, faciales y sublabiales. A. Craneales: a) Bicoronal, en las resecciones anteriores. b) Hemicoronal, en las resecciones laterales, generalmente como parte de una incisión cráneo facial o cráneo facio cervical. B. Faciales: a) Anterior, básicamente la incisión paralateronasal. b) Lateral, pre o retroauricular. C. Sublabiales, variables en extensión de acuerdo a la resección del polo inferior del tumor. 2. Resección. A. Etmoidectomía total o subtotal en monobloque B. Etmoidomaxilectomía C. Maxilectomía ampliada con vaciamiento infratemporal. D. Orbitectomía. E. A, B, o C + Exenteración orbitaria. 3. Reconstrucción. Es imprescindible reconstruir o suplantar los siguientes elementos anatómicos, lo que se realiza con injertos, colgajos y prótesis: A. Duramadre. B. Piso de las fosas craneales involucradas. C. Piso de la órbita D. Contenido orbitario. E. Paladar. F. Tegumentos faciales. **Complicaciones:** Las más graves con las endocraneanas, fundamentalmente la licuorrea y la meningitis que oscilan en las distintas series entre el 1 y el 7%, siendo otras menos frecuentes el pneumoencefalo y los abscesos subdurales y encefálicos. La mortalidad operatoria de las distintas series oscila entre el 2 y el 10%. **Secuelas:** 1. Funcionales: A. Neurológicas. Dependen de la necesidad de resección de parénquima cerebral y de la canti-

dad y topografía de la misma, y de la afectación de la carótida interna. La más frecuente, pero pasajera, es la frontalización por edema del lóbulo frontal. B. Oculares. Dependen de la resección realizada y de la eficacia de la reconstrucción y van desde diplopias leves hasta la falta de contenido orbitario. C. Bucofaríngeas. Las más importantes son la incompetencia palatina y el trismus. 2. Estéticas. Dependen de la amplitud de la resección, de los elementos que el tumor obligue a sacrificar, del abordaje usado, y de la reconstrucción adecuada. Los más serios con los ocasionados por la exenteración orbitaria y el sacrificio tegumentario. **Resultados:** as cifras de la literatura son satisfactorias teniendo en cuenta la gravedad de las lesiones con un promedio de más de 50% de sobrevida en tumores malignos que involucran la base del cráneo. Nuestras cifras en una serie de 38 pacientes son similares en cuanto a resultados, complicaciones y secuelas. **Conclusiones:** La resección craneofacial demuestra: 1. Que es el método más adecuado para tratar tumores que involucran la base del cráneo. 2. Que a pesar de lo formidable del procedimiento su morbimortalidad es escasa. 3. Que el uso y combinación de abordajes estéticos no compromete la radicalidad del método y asegura mejor calidad de sobrevida.

TRADICIÓN DEL ANGIOFIBROMA NASO-FARÍNGEO JUVENIL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, SU HISTORIA Y TRATAMIENTO ACTUAL

Rogelio Chavolla Magaña, Luis G. Martín Armendariz
Hospital General de México

ACTUALIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Alfredo Chi Chan

Objetivo educacional: comprender el uso y limitaciones de distintos antibióticos; con una vista general de los patrones de resistencia bacteriana y diferentes opciones de cómo obtener mejores resultados en el uso de antibióticos. Este curso de una hora de duración, da una visión panorámica de la terapia antimicrobiana en los procesos infecciosos de la vía aérea superior y a nivel del cuello. Es una plática netamente clínica dirigida a otorrinolaringólogos generales para actualizarlos en el uso adecuado del grupo de fármacos que más rápidamente están cambiando, como son los antibióticos. El curso consta de dos porciones en la primera se discutirá cada categoría de antibióticos, dando las indicaciones, limitaciones y complicaciones de su uso. En la segunda parte se darán opciones de tratamiento a la patología más frecuente de nuestra especialidad. Se comentarán los nuevos antibióticos que aún están en investigación.

EL PROGRAMA DE IMPLANTE COCLEAR DEL INSTITUTO MEXICANO DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA 1987 - 2000

Gonzalo Corvera Behar

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Nuestro programa de implante coclear se inició en 1987 en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Desde

entonces, el programa ha crecido significativamente, siendo en el momento actual el más antiguo del país, y el que mayor número de pacientes implantados tiene. Abarca diversas instituciones: La Asociación Mexicana para la Audición, A.C., una institución no lucrativa que apoya en la recaudación de fondos para financiar las prótesis; el Instituto de Educación Especial y Auditiva, A.C., quienes apoyan en la evaluación de los candidatos desde el punto de vista terapéutico, así como en la terapia misma y seguimiento; el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", de la Secretaría de Salud, que provee los quirófanos para pacientes de bajos recursos y sirve de lazo para otras entidades gubernamentales que apoyan en forma esporádica; y el Instituto Mexicano de Otolología y Neurología S.C., que coordina los esfuerzos de los demás integrantes del equipo, proporciona el equipo quirúrgico y de calibración y realiza la evaluación médico-quirúrgica de candidatos, además de ser en donde se efectúan las calibraciones de las prótesis y los estudios de evaluación y seguimiento audiológico.

En este curso se desarrollarán tres puntos:

Las enseñanzas que la experiencia de más de 10 años y 60 pacientes nos ha brindado, en lo que se refiere a factores pronósticos médico-quirúrgicos.

Nuestra visión de hacia donde se dirige este campo y que podemos esperar del futuro respecto a avances tecnológicos próximos.

Cuales son las diferencias entre establecer un programa de implante coclear en la actualidad y hace 10 años, mencionaremos los puntos más importantes que a nuestro criterio debe seguir quien desee establecer un programa de implante coclear en la actualidad.

ESTIMULANTES INMUNOLÓGICOS. BENEFICIOS

Alejandro De la Torre Domínguez

Hospita General "Poza Rica"

Retroalimentar al médico asistente al curso sobre los aspectos inmunológicos innatos y adquiridos por el organismo para protegerse las enfermedades infecciosas. Células y moléculas que participan en los procesos de defensa e inmunidad.

Administración de sustancias farmacológicas para favorecer la lucha contra la infección.

Sueros, vacunas y estimulantes inmunológicos.

Contar con un mínimo de cien participantes que se actualicen sobre los aspectos inmunológicos de la acción de los inmunoestimulantes, de los resultados de la investigación clínica con fracciones ribosomales y el proteoglicano de membrana de *kliobsella pneumoniae*. Nota.- el curso "estimulantes inmunológicos se presentó en el congreso de la FESORMEX, realizado del 6 al 10 de octubre de 1999 en manzanillo colima, sin las conclusiones del estudio de investigación clínica ya que el control de los preescolares fue de octubre de 1998 a septiembre de 1999.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA OTITIS MEDIA EN NIÑOS DE ALTO RIESGO

Carlos De la Torre González, Demóstenes Gómez,

Ricardo de Hoyos Parra

Hospital Infantil de México "Dr. Federcio Gómez"

La otitis media (OM) sigue siendo una de las enfermedades más comunes dentro de la población pediátrica y uno de los principales motivos de consulta otorrinolaringológica sobre todo en sus formas graves o complicaciones.

Habitualmente esta enfermedad es diagnosticada y tratada por el médico de contacto primario cuando se trata de un cuadro agudo y que no muestra complicaciones. No obstante se han identificado plenamente a un grupo de condiciones que permiten catalogar a los pacientes como de ALTO RIESGO, dentro de las cuales se encuentran las anomalías craneo- faciales, S.Down, fisura palatina, inmunodeficiencia, alergias, aparición de OM en edades tempranas de la vida etc.

Son precisamente estas condiciones las que hacen que la O M requiera de la competencia del ORL y de un equipo multidisciplinario con destreza clínica y amplios conocimientos en este campo de la otorrinolaringología. El objetivo del curso es el de mostrar una serie de casos clínicos de pacientes con OM de alto riesgo, basados en evidencias que son producto de la experiencia de la clínica de OM del Hospital Infantil de México.

Se discutirá el abordaje y manejo multidisciplinario contando con la presencia de destacados especialistas en el área.

Se pretende que el curso sea interactivo con participación de todos los asistentes.

Finalmente se hará un resumen del estado actual en el diagnóstico y tratamiento de la OM en este grupo de pacientes.

RINOPLASTIA ABIERTA EN NARIZ HIPER E HIPO-PROYECTADA

Ricardo Epprecht Saelzer

CIRUGÍA FACIAL Y LÁSER DE CO2

Jaime Fandiño Izundegui

Hospital Español de México

Se presentan las cirugías estéticas de la cara más frecuentemente utilizadas, en las cuales el láser CO2 participa de manera importante

PRINCIPIOS BÁSICOS DE RINOPLASTIA

Jaime Fandiño Izundegui

Hospital Español de México

Se presenta de acuerdo al autor las consideraciones esenciales para la elaboración de una rinoplastia con buenos resultados estéticos funcionales a largo plazo.

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA TIROIDEA EN ORL

Miguel Angel García García, Héctor Prado Calleros,

José R. Arrieta Gómez

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Existe una amplia variedad de patología tiroidea susceptible de tratamiento quirúrgico que incluyen alteraciones del desarrollo, tumores tiroideos e hiperplasia tiroidea.

Las disgenesias tiroideas pueden ser relativamente frecuentes como los quistes del conducto tirogloso o muy raras como los casos de tiroides ectópica, que frecuentemente representan el único sitio de tejido tiroideo y requieren evaluación gamagráfica.

La presentación clínica más común del cáncer de tiroides es la presencia de un nódulo solitario asintomático en la glándula tiroides; sin embargo, se requiere de un protocolo de estudio bien establecido ya que algunos tienen presentación y localización atípica, siendo fundamental la biopsia por aspiración en su evaluación; el 15% de los cánceres papilares debutan clínicamente con la presencia de linfadenopatías.

Además existen patologías que simulan lesiones tiroideas y deben considerarse entre los diagnósticos diferenciales.

Se requiere de una evaluación preoperatoria adecuada para evitar tratamiento erróneo o insuficiente; además, se debe proporcionar un tratamiento médico y quirúrgico adecuado, con la selección del procedimiento indicado para evitar recidivas y reducir las complicaciones.

Se presentan casos representativos de cada patología haciendo énfasis en los criterios diagnósticos y terapéuticos considerados en cada caso, así como una revisión de los conceptos actuales en el manejo de la enfermedad tiroidea

MECANISMOS ACTUALES DEL COMPORTAMIENTO DEL COLESTEATOMA DEL OÍDO MEDIO

León Felipe García Lara

Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos

El colesteatoma del oído es una entidad que origina grandes discusiones y controversias aún en el momento actual. Tradicionalmente sólo nos referimos a él como una complicación de la otitis media crónica que requiere de tratamiento quirúrgico sin detenernos en pensar que es lo que ha pasado entre el oído y la infección para originarlo.

Los nuevos conceptos sobre el comportamiento fisiopatológico del colesteatoma dentro del oído medio incluyen capítulos como la genética, la bioquímica y la inmunología, así como su posible correlación con futuros tratamientos farmacológicos.

En condiciones normales, el epitelio escamoso estratificado de la piel muestra un programa altamente coordinado de cambios secuenciales en la expresión génica que son coincidentes con la evolución fenotípica desde una célula basal de origen hasta la formación de una escama madura no viable.

Una vez que el queratinocito basal migra superficialmente hacia la capa espinosa pierde su capacidad de proliferación. Este proceso es controlado por varios genes quienes coordinan el paso a un estado de diferenciación terminal y muerte celular. El gen supresor de tumores conocido como fosfoproteína nuclear p53 tiene un papel fundamental en el control del ciclo celular, la apoptosis, la oncogénesis y por lo tanto en los estados de hiperproliferación celular como lo es el colesteatoma.

A nivel molecular en la actualidad existen por lo menos tres posibles modelos en la patogénesis del colesteatoma:

- 1) La inducción de un evento de transformación neoplásica o preneoplásica.
- 2) Un proceso de herida-cicatrización defectuoso
- 3) Una confrontación patológica entre la respuesta inflamatoria del huésped, el epitelio normal del oído medio y la infección bacteriana.

En los mecanismos bioquímicos del quiste epidérmico, la alteración en la regulación de la supresión del crecimiento celular promueve un estímulo positivo o dominante para desencadenar un estado de hiperproliferación. Estos cambios pueden modificar los procesos que normalmente regulan la estimulación de la síntesis del ADN y la proliferación de mitógenos, hormonas y otros péptidos extracelulares. Particularmente, las peptidasas tienen un papel importante en el crecimiento y la diferenciación celular.

En cuanto a factores inmunológicos, la presencia de citocinas y linfocinas dentro de un colesteatoma puede resultar en una señal de transducción alterada o confusa en los queratinocitos y propiciar cambios en el control de la diferenciación y la proliferación celular.

Asimismo, los mastocitos participan en la respuesta inflamatoria de fase tardía, en la proliferación vascular en el tejido de granulación, la remodelación tisular y en la cicatrización.

Conocer todos estos eventos celulares es sin duda esencial para entender el comportamiento del colesteatoma y la posibilidad de nuevos tratamientos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y NO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Carlos Garcini Pablos Vélez, Francisco Guerrero Campos, Alejandro Camelo Schwarz

RINOPLASTÍA: CONCEPTOS PRÁCTICOS Y RESULTADOS

Armando González Romero

Introducción y objetivos: La rinoplastia es una de las más importantes y a la vez complejas cirugías plásticas faciales.

Su ejecución requiere del cirujano un concepto preciso sobre la anatomía especial y la función nasales, así como de una impecable ejecución técnica basada en un individualizado análisis estético de las proporciones nasales y su relación con el entrono facial. Todo ello obliga al cirujano a tener un criterio de selección de la técnica adecuada para cada caso.

Enseñar el diagnóstico anatómo-patológico, el análisis estético facial y los fundamentos de las diferentes técnicas quirúrgicas, son los objetivos de este curso. Antecedentes históricos: Se describe brevemente las aportaciones de los autores más significativos en el desarrollo de las diferentes técnicas rinoplásticas. Estado actual: Se exponen los conceptos actuales y prácticos que permiten al cirujano obtener un excelente resultado estético y funcional.

Secuencia quirúrgica: Mediante la disección anatómica nasal en cadáver, correlacionada con la secuencia quirúrgica de casos clínicos, mostrada en segmentos de video, se enseña la dinámica del proceso rinoplástico. **Resultados:** la exposición pre y postoperatoria de casos de rinoplastia específicos, de las técnicas rinoplásticas utilizadas, dan apoyo a los conceptos fundamentales que motivaron a la selección de la técnica quirúrgica. **Conclusiones:** se finaliza con las conclusiones obtenidas a través del ejercicio profesional de 30 años en el campo de la rinoplastia, con la selección de diferentes técnicas y combinadas en algunos casos, con cirugía facial complementaria para obtener los mejores resultados cosméticos.

ANTIBIÓTICOS EN OTORRINO PRIMERA PARTE GENERALIDADES, SEGUNDA PARTE APLICACIONES CLÍNICAS

Hugo González Valdepeña, Franz Pérez Ancona

MANEJO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO DE RONQUIDO Y APNEA DEL SUEÑO

Carolina Gutiérrez Sánchez

Hospital Satélite, Hospital Angeles de las Lomas

DIDÁCTICA. PUNTOS IMPORTANTES PARA MEJORAR UNA CONFERENCIA

Carolina Gutiérrez Sánchez

Hospital Angeles de las Lomas

EL NERVIOS FACIAL Y LA CIRUGÍA OTOMASTOIDEA

Guillermo Hernández Valencia

Por las características anatómicas que presenta el nervio facial, en el transcurso a través del hueso temporal y las alteraciones que puedes modificar su recorrido ya sea por variantes anatómicas o por procesos inflamatorios, tumorales e infecciosos situaciones que pueden presentarse durante la cirugía otomastoidea y que en no pocas ocasiones pueden ser causa de interrupción de la misma, quedando ésta incompleta y en consecuencia preservando patología, por lo tanto, el cirujano otólogo debe estar preparado para identificar y solucionar el posible daño al VII par y así realizar de acuerdo a la magnitud del problema el procedimiento a efectuar pudiendo ser: descompresión, anastomosis término terminal, aplicación de injertos nerviosos o anastomosis con otro par craneal, el objetivo del curso es dar algunos consejos prácticos en relación al manejo del nervio facial durante la cirugía otomastoidea.

PRACTICAL GUIDELINES FOR LASER SURGERY OF THE TURBINATES, THE NASAL SEPTUM AND THE OSTEO-MEATAL UNIT

Juergen U.G. Hopf

Free University of Berlin

Blocked and stuffy nose is the general symptom of morphological obstructions of the nasal cavity mainly caused by benign hiperplasia of the lower and middle (bullosa) turbinates, chronic and polypous rhinosinusitis, and postoperative septo-turbinal synechia. But many

patients also exhibit small to moderate sized spetal spurs and ridges which change the laminar air flow into turbulent one. This changes not only impede nasal breathing but also significantly reduce ventilation and drainage of the corresponding paranasal sinuses via their natural orifices.

Focussing on the appropriate shape, size and function of all physiologic components, the aim of videoendoscopically monitored laser surgery is to resharpe the ideal inner surface configuration of the nasal cavity and to restore a permanently unimpeded unimpeded air passage by a minimal invasive but maximally effective method performed under local anesthesia as an outpatient procedure. For these purposes the diode laser is highly recommended.

Depending on the power and applications parameters, diode laser photons transmitted by thin fiber are able either to vaporize or to coagulate and shrink soft and hard tissue without any bleeding. The surgical treatment is performed under videoendoscopy to get an excellent overview and a magnified view of the site. Due to its high absorption on hemoglobine the fiber delivered diode laser combines the facility of shrinking soft tissues by coagulation in continuous mode and the possibility of resecting bony and cartilagenous structures in the short pulsed mode without any thermic alteration to the anatomic surroundings. To safely vaporize a solitary septal spur and to dissect a concha bullosa the laser parameters are 20W - 60W (power), fiber contact procedure, pulsed (chopped) mode (exposure time: 10 - 50 ms; interval: 0,4 - 0,6 s). After histologic proven parameter optimizations the resection and vaporization technique is applied very successfully on patients with an age from 8 - 84 years in our outpatient department. No complication, especially no septal perforation or osteitis occurred. The diode laser seems to be a very suitable tool for endonasal laser surgery. Compared to the Argon laser it shows a much higher efficiency in removing bone and cartilage, compared to the Nd: YAG laser the thermic side effects seem to be smaller exposing fewer secretion and crusts and a shorter wound healing period. Applying our safe diode laser parameters this laser system is predestined to cover solitary spur and ridge resections in a straight septum in local anesthesia as well as laser treatment for turbinal cauterizations and regional or solitary polyp resection in the follow up period after FESS. Our 11 years - experience in laser surgery for endonasal applications characterized by its high surgical efficiency is presented and illustrated by video-clips about the surgical technique, the various indications and the follow up including aspects on wound healing and the postsurgical nasal care in clinical cases.

UN ENFOQUE PRÁCTICO EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA LARINGITIS POR REFLUJO

Masao Kume Omine, Mario Morales Rivera

Hospital Angeles del Pedregal

La laringitis por reflujo gastroesofágico y faringolaringeo son padecimientos que observamos todos los días en nuestra consulta, de ahí la importancia en hacer un buen diagnóstico y tratamiento. En este curso presentaremos

nuestra experiencia en su diagnóstico por laringoscopia indirecta, fibroscopia y telescopía estroboscópica, observando los signos más frecuentes, el comportamiento de la cinética de los repliegues vocales explicando las complicaciones locales como son las úlceras de contacto y granulomas. Sobre este último problema exponemos la utilidad de la toxina botulínica en su manejo.

MANEJO DEL COLESTEATOMA

Luis G. Martín Armendariz

CORRELACIÓN DE DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO Y TOMOGRÁFICO EN NARIZ Y SENOS PARANASALES

Ernesto Fernando Martín Biasotti, Miguel Angel Betancourt Suárez

Hospital Conde de Valenciana, Hospital Angeles, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
La tomografía computada (TC) constituye el estándar de oro en la evaluación de imagen de la enfermedad inflamatoria rinosinusal. La TC muestra las anormalidades de la mucosa y las variantes anatómicas que potencialmente pueden causar enfermedad. Identifica no sólo los cambios muy aparentes sino también las mínimas alteraciones inflamatorias que pueden tener gran repercusión en causar sintomatología y también las variantes óseas capaces de producir o perpetuar la patología, particularmente a nivel del complejo ostiomeatal. Muestra áreas que no son visibles en la endoscopia diagnóstica, especialmente aquellas que puedan acrecentar las posibilidades de complicaciones o accidentes durante la cirugía por que es fundamental para su planeación. La TC y la endoscopia diagnóstica son métodos complementarios. El endoscopista debe conocer muy bien la información que proporciona la TC para obtener los mejores resultados en cada paciente. Se muestran en forma simultánea, imágenes de TC y de endoscopia de las mismas áreas, presentadas por un radiólogo y un endoscopista con el fin de establecer una correlación que sirva para una mejor comprensión de la anatomía compleja de esta región y de los hallazgos patológicos más comunes.

EL IMPLANTE COCLEAR CLARIÓN

*Luis A. de J. Ortiz Armenta
Centro Médico San José*

Objetivo: Exponer las características tecnológicas del implante coclear Clarión, sus indicaciones, sus contraindicaciones y mostrar nuestros resultados preliminares. Metodología de la presentación: se discutirán los aspectos tecnológicos aplicados a las ventajas clínicas, las indicaciones y la técnica quirúrgica que se utiliza para la instalación del implante coclear Clarión. Se pondrá especial énfasis en nuestro programa de implante coclear, con la presentación de un protocolo de selección de pacientes, así como de la técnica quirúrgica y de nuestros resultados preliminares.

EL MANEJO NEURO/OTOLÓGICO DE LOS TUMORES DEL ACÚSTICO

*Luis A. De J. Ortiz Armenta
Centro Médico San José*

Objetivo: presentar el tratamiento de los tumores del acústico, con técnicas neuro/otológicas, discutiendo las indicaciones y contraindicaciones de las mismas, poniéndose énfasis en la baja morbi/mortalidad que se ha logrado con los abordajes transtemporales al ángulo pontocerebeloso. Metodología de la presentación: se discutirá primariamente las técnicas que están encaminadas a conservar la audición, pero sin poner en peligro la extirpación total tumoral, como es el caso de la fosa media craneal ampliada y de la vía retrosigmoidea, y posteriormente se presentará la técnica translaberintica con sus variantes, para aquellos tumores que por su tamaño o por la audición residual de los pacientes, no se piensa en conservar la audición. Finalmente se pone énfasis en la capacidad de preservación del nervio facial. Se utilizarán tanto diapositivas como videos transquirúrgicos para explicar las técnicas.

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL VÉRTIGO

*Luis A. De J. Ortiz Armenta
Centro Médico San José*

Objetivo: Actualizar al otorrinolaringólogo en el manejo del paciente con vértigo, discutiendo las indicaciones, contraindicaciones y técnicas quirúrgicas actualmente disponibles, para cada patología. Metodología de la presentación: se agruparán las diversas técnicas quirúrgicas en aquellas destructivas que no conservan la audición y las que si conservan audición residual, y en aquellos padecimientos como la Enfermedad de Meniere y el vértigo postural paroxístico benigno, se describirán las técnicas específicas. Se utilizarán tanto diapositivas como videos transquirúrgicos, para explicar las técnicas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL COLESTEATOMA, TÉCNICA ABIERTA VS. TÉCNICA CERRADA. MÉTODO FISCH, EXPERIENCIA PERSONAL DE 20 AÑOS

Rodrigo Posadas Trujillo

FRÁCTURAS CRANEOFACIALES

*Esmeralda Quezada Méndez
Torre Médica*

Los traumatismos craneofaciales son cada día más frecuente, especialmente en las grandes ciudades por la vida tan acelerada, la fabricación de automóviles de gran potencia, el incremento en los índices de violencia y el uso de drogas y alcohol; lo que ha incrementado la frecuencia de fracturas faciales. Esto es aún más alarmante si consideramos que constituye la principal causa de muerte entre la 3a. y 5a. Décadas de la vida, constituyendo pues, un gran problema médico y social ya que se presenta principalmente en la edad productiva. Dentro de los traumas faciales la fractura nasal es la mas frecuente, seguida por las fracturas mandibulares, maxilares, maxilar y finalmente frontal. Esta frecuencia de presentación depende en gran parte a la resistencia del

hueso a las fuerzas traumáticas, de tal forma que los huesos faciales requieren de menor fuerza para fracturarse. Sin embargo, en traumatismos de mediana y alta energía ocurren múltiples fracturas faciales simultáneas, complicando así su manejo.

Es importante recordar que las fracturas faciales no constituyen en ninguna instancia, una urgencia por sí mismas, por lo que el paciente debe manejarse inicialmente aplicando los principios básicos del programa de Soporte Vital de Trauma Avanzado; y no es hasta haber estabilizado al paciente y controlado las lesiones que ponen en peligro la vida, cuando se pueden abordar las fracturas faciales.

Para su diagnóstico debe hacerse un examen físico meticuloso, considerando no sólo la estructura ósea facial sino su función; masticación, visión (se debe realizar un examen oftalmológico completo) y función nasal. Los hallazgos físicos deben correlacionarse con una tomografía computada para delimitar con exactitud localización y extensión de la fractura. Actualmente, el mejoramiento en las técnicas quirúrgicas, la disponibilidad de múltiples y mejorados materiales de fijación interna rígida y el tratamiento temprano y adecuado de los pacientes, ha resultado en un mejor pronóstico funcional y estético del trauma facial.

MATERIALES DE OSTEOSÍNTESIS CRÁNEO-FACIAL

*Esmeralda Quezada Méndez
Torre Médica*

Para lograr técnicas de fijación interna rígida adecuadas se entiende que los implantes utilizados deben, por sí mismos, ser tolerados por el cuerpo humano, inicialmente y a través del tiempo. Estos también deben tener fuerza tensil y maleabilidad así como ser del tamaño adecuado para su aplicación. Dichos materiales deben ser biocompatibles, esto es, que los tejidos corporales tolerarán el material implantado indefinidamente y éste persistirá inalterado en el tejido (excepto los materiales bioabsorbibles); además de tener gran resistencia a la corrosión. La osteointegración implica el desarrollo de hueso biológico entre el implante metálico y el hueso circundante. Los osteocitos crecen arriba y entre la superficie metálica sin intervención de tejido fibroso, ocurriendo así una cicatrización primaria, siendo ésta el objetivo principal de las técnicas de fijación interna rígida. Tipos de material: acero inoxidable: aunque es fuerte y maleable tiene la posibilidad de corrosión y potencial de toxicidad. Vitalio: consiste en una aleación de cobalto, cromo y molibdeno. Su fuerza tensil es mayor que la del titanio y es biocompatible, aunque no se ha encontrado osteointegración. Titanio: es biocompatible, tiene mayor resistencia a la corrosión, es el único material que ha mostrado osteointegración, además de que ofrece menor interferencia con IMR y TC. Existen múltiples sistemas de placas y tornillos disponibles comercialmente para el esqueleto craneofacial y el uso de éstos dependerá de la localización, tipo y demanda funcional de la fractura.

RESONANCIA MAGNÉTICA VS. POTENCIALES EVOCADOS EN NEURINOMAS DEL ACÚSTICO

Martin Robinete

"RINOPLASTIA" EL MANEJO DE LA PUNTA NASAL

Marcos Antonio Rodríguez Perales, Adelaido López Chavira

Hospital Central Militar e Instituto Conde de Valenciana
La rinoplastia es sin lugar a dudas uno de los más fascinantes y demandantes procedimientos quirúrgicos que existe. En donde la inteligencia, la habilidad, la experiencia, el conocimiento y el ingenio son las armas más valiosas.

Siempre se pregunta uno del porqué de la pérdida de proyección de la punta nasal cuando se usan procedimientos para modelar los cartilagos laterales inferiores, aquí obtendremos respuestas a esta y otras interrogantes así como su solución. El manejo adecuado de las diversas regiones nasales, independientemente del tipo de nariz que se trate, ya sea caucásica, mestiza o negroide, o de rinoplastia primaria o secundaria demanda diversas habilidades quirúrgicas, las cuales se adquieren con la práctica constante y el afán de ser mejor cada día, con lo cual el consabido dicho de que el mejor cirujano de la nariz se le conoce por el resultado obtenido en la punta nasal, no ha perdido vigencia. La forma de la punta nasal así como su tamaño, son determinados por su estructura cartilaginosa y el grosor de la piel que la cubre.

El objetivo de la cirugía estética es el de contribuir al bienestar físico y emocional de los pacientes que solicitan determinado procedimiento, y de ello no se puede sustraer la cirugía estética nasal, ésta en particular la cual presenta múltiples retos, incluso para el cirujano considerado experto en el área, quien deberá tener amplios conocimientos teórico - prácticos de anatomía, fisiología y conceptos estéticos bien cimentados de lo que es la belleza, de la armonía facial y nasal. Para el manejo de la punta debe analizarse ésta en relación al tamaño total de la nariz, la forma y dimensiones del dorso, la posición del complejo labiodental, así como, ésta en relación a la armonía y simetría facial total. La cirugía de la punta nasal es planeada para incrementar o disminuir su proyección para cabiar su forma o su ángulo en relación a los planos faciales, refinar sus contornos y adecuar su simetría. El lograr lo anterior implica un claro conocimiento de la anatomía nasal y facial, del comportamiento de los tejidos y determinar cual elemento es el responsable de la deformidad o motivo de insatisfacción del paciente, el cómo este elemento deber ser cambiado o corregido y finalmente cómo esta modificación afectará la forma y función de las estructuras nasales restantes. Los cambios estéticos satisfactorios conseguidos en la punta nasal son los que mayor beneficio reditúan al cirujano y al paciente, el uso de injerto autólogos y su adecuada fijación y colocación mediante los abordajes que den la mejor exposición y facilidad serán la base del buen manejo de la punta nasal.

Con este curso estamos seguros que el asistente tendrá "las armas y bases" necesarias para el correcto manejo de la punta nasal, perdiendo temores, enfrentando los retos, buscando obtener resultados reproducibles para el control cada vez más perfecto de dicha región.

EL ESTUDIO DEL SISTEMA VESTIBULAR PERIFÉRICO Y CENTRAL (EVALUACIÓN DEL NISTAGMUS A TRAVÉS DE MODERNAS TÉCNICAS OTONEUROLÓGICAS)

Jorge Said Martínez

Gabinete de Neurofisiología Otológica

Las estimulaciones vestibulares provocadas por modificaciones en la posición de la cabeza son transmitidas por el nervio vestibular hasta el núcleo vestibular homolateral, o en forma directa hasta el cerebelo.

A este nivel, las sinopsis neuronales dan origen a los tractos vestibuloespinal media y lateral, base del estudio del sistema vestibuloespinal.

Para la representación gráfica y la evaluación de las reacciones vestibuloespinales se utiliza la Craneocorografía (CCG) que consiste en la impresión fotoóptica de los movimientos de la cabeza y los hombros sobre película Polaroid.

El intento de marcha (prueba de Unterberger y Fukuda) y el intento de posición estática (prueba de Romberg), permite evaluar cuantitativa y objetivamente en forma rápida y sencilla las reacciones vestibuloespinales.

Al estudiar los movimientos conjugados de la mirada, nos referimos a la zona del tectum a nivel mesencefálico, con función primordialmente en los movimientos verticales, y la sustancia reticular pontinaparamediana que rodea al núcleo del VI par con implicancia en los movimientos horizontales.

El servomecanismo fino de control del movimiento del ojo se encuentra bajo la acción cerebelosa, dependiendo en especial de la zona flóclonodular.

La valoración de éstas vías implica el uso de estímulos puntiformes para evaluación del nistagmus, en forma armónica amortiguada como es el caso de estímulos sinusoidales o pendulares y disarmónicas como el tracking test, que posee una parte de persecución lenta y una rápida del estímulo que reaparece.

Los conductos semicirculares intervienen en la percepción de aceleraciones angulares y desembocan en el utrículo a través de cinco orificios.

El punto de partida del sistema vestibuloocular son los receptores de la porción vestibular del oído interno. Existen formas fisiológicas para evaluar el nistagmus vestibular como es la estimulación a través del sillón de torsión y no fisiológicas como lo es la irrigación calórica. A través de nuevas metodologías topodiagnósticas el médico moderno puede determinar y precisar mejor el diagnóstico y tratamiento del paciente con vértigo.

SINUSITIS EN PEDIATRÍA, ACTUALIZACIÓN 1999 - 2000

Isaac Shubich Neiman

Miami Children's Hospital

ESTAPEDECTOMÍA CIRUGÍA PRIMARIA Y DE REVISIÓN

Antonio Soda Merthy

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

La otosclerosis es la causa más frecuente de hipoacusia conductiva de origen no infeccioso. La evolución en el tratamiento quirúrgico ha sido la fenestración del conducto semicircular horizontal en dos tiempos, después Lempert lo practica en un solo tiempo. Al inicio de los 50's Rosen populariza la movilización del estribo y en 1957 Shea describe la estapedectomía en la cual hace una apertura en la ventana oval y substituye al estribo por un tubo de polietileno, desde entonces ésta se ha considerado la cirugía de elección, con algunas modificaciones. Si bien es una de las cirugías que más satisfacciones le brinda al cirujano y al paciente ya que su porcentaje de éxito es muy grande, no está exenta de problemas en los casos en que existe fracaso, algunos de ellos se pueden remediar mediante una cirugía de revisión.

En dicho curso se hace énfasis en la evaluación preoperatoria del paciente con otosclerosis, se describe la técnica quirúrgica, se analizan las complicaciones y la forma de evitarlas.

Se presenta la experiencia del autor haciendo hincapié en los principales parámetros clínicos y los detalles quirúrgicos, así mismo se presentan los resultados audiológicos obtenidos con el diferente manejo de la platina como son la estapedectomía total, la hemiplatinectomía y la platinotomía de orificio pequeño. Se exponen las maniobras quirúrgicas para resolver accidentes transoperatorios y se muestra el manejo postoperatorio de estos pacientes. Para terminar se presenta una serie de 25 cirugías de revisión en donde se exponen las causas de fracaso de la cirugía primaria así como la solución que se dio en cada uno de los casos.

ALTERACIONES VOCALES EN LOS TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE LA LARINGE Y EL ENVEJECIMIENTO

Martha Tarasco Michel

Universidad de Santiago de Compostela, España

Existe dificultad para hacer una distinción entre los trastornos degenerativos de la laringe y los trastornos resultantes de la inflamación, la infección o de aquéllos que son de origen congénito. Sin embargo, en algunos casos, la degeneración histológica se inicia o bien se exagera por la infección o por la inflamación. Sin embargo, es útil considerar ciertas anomalías laringeas como degenerativas, ya que en algunos casos, no corresponden a otras clasificaciones, o bien porque se relacionan con la senectud, o el abuso vocal. La voz del anciano no es una condición patológica, sin embargo, sus características deben conocerse, para descartar patología subyacente, propia de esta etapa de la vida, y proporcionar ayuda en el desempeño de las tareas vocales al paciente que desempeña una labor profesional.

Asimismo, las alteraciones neurológicas afectan básicamente al cierre vocal, pero un detenido análisis de las alteraciones sensoriales, centrales, periféricas y nu-

cleares, permitirá evaluar y tratar procesos vocales y sistémicos de una forma multidisciplinaria entre el ORL y el foniatra.

ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO JUVENIL, EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO

Alejandro Terzián

Basado en nuestra experiencia de 152 casos en un período de más de 20 años, este curso brindará los detalles epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y de tratamiento de esta afección realizando con especial énfasis lo que a criterio del autor conviene realizar o no. En especial en lo referente al tratamiento quirúrgico del mismo.

La cirugía del Fibromioma Nasofaríngeo Juvenil (FNJ) será explicado en detalle con la ayuda de videos preparados exclusivamente para esta finalidad.

Al finalizar se analizarán la problemática de las recurrencias (12% de nuestros casos) y las conductas a seguir en su presencia.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MUCOCELE DE LOS SENOS PARANASALES

Alejandro Martín Vargas Aguayo

Hospital de Especialidades C.M.N. "Siglo XXI"

El mucocelo fue primeramente descrito por Lanngenberg en 1818, y Berthon quien describió el drenaje quirúrgico de estos "hidrantes" hacia 1880. El término mucocelo fue introducido por Rollet en 1896 y la primera descripción histológica la realizó Onodi en 1901.

Los mucocelos son sacos revestidos de mucosa, que contienen secreciones mucoides y epitelio descamado, pueden llenar completamente un seno paranasal y son capaces de expandir la cavidad erosionando el hueso adyacente. La teoría de la necrosis explica que el crecimiento del saco por acumulación de moco aumenta la presión hacia las estructuras óseas cercanas, provocando necrosis de la misma y así, permitiendo la expansión del mucocelo. Lund propone que la inflamación de la mucosa lleva a la producción de Prostaglandina E2 y colagenasa, estimulación de fibroblastos por linfocitos locales con la consiguiente reabsorción del hueso.

La etiología de los mucocelos es la obstrucción del ostium del seno comprometido, debido a infección crónica, trauma, tumor, deformidad congénita, alergia, cirugía previa y radioterapia.

El moco contenido en el mucocelo generalmente es estéril, pero cuando se infecta se le llama piocele o mucopiocele.

Los mucocelos aparecen aproximadamente con la misma frecuencia en hombres y mujeres, generalmente son de crecimiento lento, son más frecuentes en el seno frontal y en orden decreciente se encuentran en el seno etmoidal, esfenoidal y seno maxilar; se han descrito en otros sitios como en los cornetes. Hay casos reportados de mucocelos múltiples.

La sintomatología está estrechamente relacionada con el seno afectado, si se presenta en el seno frontal hay cefalea frontal, proptosis y diplopia. En caso de mucocelos esfenoidales puede haber cefalea occipital o profunda, dolor nasal profundo, diplopia, des-

plazamiento del globo ocular o alteraciones visuales; también se asocian síntomas resultantes del compromiso de estructuras vecinas como los nervios craneales II al VI.

Moriyama refiere que el lapso que encontró entre la aparición de síntomas y el momento de la cirugía varía de 11 a 49 años.

La tomografía computarizada es indispensable para evaluar precisamente la región anatómica comprometida y la extensión de la lesión. La resonancia magnética se utiliza para diferenciarlos de los tumores. Los mucocelos pueden tratarse en dos formas: por cirugía radical exenterativa o por marsupialización. La primera pretende la completa extirpación de membranas mucosas del seno afectado, con la consiguiente obliteración y colapso del mismo; estos procedimientos se asocian con mayor morbilidad. La marsupialización es una cirugía conservadora, orientada a crear un pasaje de drenaje y preservar los contornos anatómicos en lo posible, esta cirugía se basa fundamentalmente en el hecho de que el revestimiento del mucocelo es mucosa similar al nasal y vuelve a recuperar el movimiento mucociliar.

Cualquiera que sea la técnica quirúrgica utilizada, los pacientes deben ser vigilados durante muchísimos años ya que se han reportado recurrencias hasta de 43 años. Por consiguiente es muy pronto establecer si la endoscopia es el tratamiento de elección.

En este curso monográfico se mostrarán fotografías y videos de cirugías realizadas por el autor, tanto por técnica radical como por endoscopia.

BLOQUEOS NEURALES EN CIRUGÍA RINOFACIAL

Víctor Eduardo Vera Martínez,

Instituto Mexicano del Seguro Social

La anestesia por bloqueos neurales en cirugía rinofacial juega un papel muy importante, ya que cuando se aplica de manera adecuada permite al cirujano desarrollar sin contratiempos el procedimiento quirúrgico. La elección de los bloqueos neurales debe ser decisión del cirujano, sin dejar de tomar en cuenta las características propias del paciente como: edad, estado físico, y emocional, así como del procedimiento quirúrgico tomando en cuenta su duración y extensión del mismo, de los propios anestésicos los cuales deben reunir atributos clínicos tales como: Eficacia, Latencia, Poder de difusión, Duración de Acción, baja Toxicidad y Actividad Superficial y de estos utilizar en que nos brinde mayor seguridad. La instrumentación juega un papel relevante en estos procedimientos por lo que también se debe tomar en cuenta: el calibre de la aguja, los sitios precisos de aplicación, una buena técnica en la aplicación para evitar accidentes, porque las características anatómicas propias de la cabeza y el cuello, son regiones muy compactas y con gran cantidad de paquetes vasculares. La inervación sensitiva de las áreas de la cabeza, cara y cuello, están a cargo del nervio trigémino (V par Craneal) y del plexo Cervical principalmente, además del Glossofaríngeo (IX par) y el Vago (X par). La nariz se encuentra inervada por la primera y segunda división del Nervio Trigémino, la tercera rama del Trigémino inerva

la piel de la mandíbula, los dos tercios superiores de la superficie anterior de la oreja y una franja de piel que asciende por el área temporal hasta el vértice del cráneo. Los nervios espinales se dividen en una rama dorsal y otra ventral, las que inervan las porciones dorsales ventrales y laterales del cuello. El objetivo de este curso monográfico es incidir en la selección del paciente, las características clínicas de los anestésicos locales, los sitios de aplicación de los mismos, así como la dosificación correcta, haciendo hincapié en las posibles complicaciones. Para ello se utilizarán métodos didácticos que permitan una mejor comprensión de los mismos

haciendo técnicas que permitan una interacción de los educandos con el profesor. Se utilizarán Exposiciones electrónicas, diapositivas y videos para hacer una exposición mas completa aplicándose al tiempo que indica el reglamento de cursos.

MALFORMACIONES CONGÉNITA DE OÍDO MEDIO. MANEJO INTEGRAL

Pelayo Vilar Puig

RINOPLASTÍA EXTERNA

Jorge Arturo Zavala Habib

TRABAJOS LIBRES

POR AUTORES

QUISTE EPIDERMOIDE DEL ÁNGULO PONTO-CEREBELOSO

José Lázaro Aguilar Nuñez, Andrés Sánchez González, Teresa González Galindo, Miguel Angel Azpeitia Torres, Antonio Tirado Diaz

Hospital de Concentración ISSEMYM Satélite

Presentamos el caso de una paciente femenina de la quinta década de la vida, que inicio sintomatología con ataxia y anacusia, diagnosticándose un tumor de ángulo pontocerebeloso, y rechazando tratamiento quirúrgico. Seis años después acude nuevamente al presentar vomito, cefalea intensa y hemiparesia izquierda, con deterioro neurológico importante de tres días de evolución.

Ante la resonancia magnética y potenciales evocados auditivos se demuestra tumor en fosa posterior con probable neurinoma del acústico.

Se estabiliza necrológicamente al paciente mediante derivación ventriculoperitoneal, y se reseca posteriormente el tumor mediante abordaje suboccipital, con reporte histopatológico de quiste epidermoide.

Este tipo de tumores, corresponde a los denominados de lento crecimiento, originados en el hueso temporal. Sus sinonimos son colesteatoma congenito y queratoma primario.

Se originan de restos epiteliales dentro del hueso temporal, son histologicamente homologos a los colesteatomas del oido

La sintomatología va de la mano con la localizacion del tumor; inicialmente se observa espasmo hemifacial, seguido de parálisis facial progresiva y acufeno.

El diagnostico se sospecha con la resonancia magnetica y se confirma en el reporte histopatologico; el tratamiento es quirurgico.

LIGADURA TRANSANTRAL DE LA ARTERIA MAXILAR INTERNA, TÉCNICA Y RESULTADOS

Jorge Amador Aguilar Sánchez

Hospital Juárez de México

La epistaxis es un padecimiento común para el otorrinolaringólogo. Los tratamientos iniciales van desde la compresión local con o sin el uso de vasoconstrictores, el uso de taponamientos anteriores o posteriores y en caso de persistencia de puede realizar embolización arterial selectiva de las arterias maxilar interna o las arterias etmoidales, pero estos últimos procedimientos no están exentos de morbilidad.

La ligadura de la arteria maxilar interna por vía transantral se ha utilizado en el Hospital Juárez de México para control de la epistaxis rebelde a tratamientos conservadores con una minima morbilidad y con buenos resultados. En el presente trabajo se presenta la técnica quirúrgica ejemplificada en un video de un caso de epistaxis severa.

Se expone la experiencia del autor y los resultados.

RESECCIÓN CRICOTRAQUEAL PARA ESTENOSIS SUBGLÓTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Héctor Aguirre Mariscal, Salomón Waizel Haiat, Teresa Beltrán Perdomo, Norma Torres Macedo, Yolanda

Sevilla Delgado

Hospital de Pediatría C.M.N. "Siglo XXI"

Objetivo describir la experiencia en el manejo quirúrgico de la estenosis subglótica en pacientes pediátricos.

Estudio descriptivo duración 4 años en el hospital de pediatría del centro medico nacional siglo xxi servicio de otorrinolaringología pediátrica. 12 pacientes con diagnostico de estenosis subglótica adquirida atendidos en hospital de tercer nivel quienes fueron sometidos a tratamiento quirurgico del tipo resección cricotraqueal y anastomosis tirotraqueal bajo anestesia general. 10 pacientes fueron decanulados despues del tratamiento quirurgico (83.3%), 9 pacientes realizan sus actividades sin disnea (75%), en 2 casos hubo re-estenosis requiriendo mas de 2 procedimientos reconstructivos (16.6%).la lesión recurrencial ocurrió en un solo caso y sin mortalidad hasta la fecha

La resección y anastomosis término-terminal es una buena opción en el manejo de la estenosis subglótica adquirida en la población pediátrica.

FLUTAMIDA COMO TRATAMIENTO PREQUIRÚRGICO EN PACIENTES CON ANGIOFIBROMA JUVENIL NASOFARÍNGEO CON INVASIÓN INTRACRANEANA, EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. ESTUDIO PRELIMINAR DE CUATRO CASOS

Luis Jorge Alanis Calderón, Adriana López Ugalde Alberto Labra Herrera, Rogelio Chavolla Magaña, Sanjuanita Flores,

Hospital General de México, O.D.

En varios estudios publicados en la literatura anglosajona, se refiere que aquellos pacientes con diagnóstico de Angiofibroma Juvenil Nasofaríngeo en clasificación estadio IV de Chandler, han sido considerados como no quirúrgicos, para lo cual se han utilizado diversos protocolos de tratamiento, los cuales incluyen manejo con hormonales (estrógenos), quimioterapia y radioterapia. A la fecha, ninguno de ellos ha probado ser eficaz por si solo, por lo que la resección parcial o total permanece como el tratamiento de elección definitivo en este tipo de pacientes. Dentro de la literatura existe a la fecha una sola referencia de la utilización de la flutamida, inhibidor de los receptores de testosterona, como tratamiento médico para valorar la regresión de este tipo de tumores, reportándose una involución de hasta el 40% en 3 casos. El presente estudio, realizado en el Hospital General de México OD, servicio de Otorrinolaringología, tiene como propósito valorar la utilización de flutamida como tratamiento médico prequirúrgico en caso de pacientes en estadios avanzados de Angiofibroma Nasofaríngeo. Se reporta la experiencia con 4 casos tratados a la fecha y se comenta su evolución final.

MICROBIOLOGÍA DE LA RINITIS ALÉRGICA

Jorge Federico Alvarez Balbás, Margarita Andrade Bonilla, Claudia Mora Sevilla

Hospital de Especialidades IMSS Puebla

Se realizó la revisión de 100 expedientes de pacientes con rinitis alérgica, sin sintomatología de proceso séptico agudo, para conocer las bacterias que con mayor

frecuencia colonizan las fosas nasales de los pacientes con esta enfermedad. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de rinitis alérgica con base en pruebas cutáneas positivas, eosinófilos en moco nasal mayores al 5%, y sintomatología de obstrucción nasal de más de cinco horas de duración al día. Aquellos pacientes que hubieran recibido tratamiento antimicrobiano los últimos 30 días fueron eliminados del estudio. Se revisa la metodología que se utilizó para la toma de cultivos y los medios de cultivo utilizados. Los resultados de dichos cultivos se presentan relacionados con edad, sexo y tiempo de evolución de los pacientes.

Consideramos de gran utilidad el conocer los gérmenes que con mayor frecuencia están presentes en la rinitis alérgica y que pueden actuar como factor irritativo que impide en ocasiones el control adecuado de esta patología.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Jorge Federico Alvarez Balbás, Ma. Teresa Ramírez López, Gustavo Rubén Sánchez Rodríguez, Jesús Eduardo Godínez Martínez

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho", IMSS, Puebla

Se presenta la experiencia del Hospital de Especialidades en hiperparatiroidismo primario durante el período comprendido entre 1995 y 1999, se revisan los indicadores que llevan a un diagnóstico de probabilidad, se presenta el protocolo de estudio de dichos pacientes en la unidad metabólica para llegar al diagnóstico de certeza, los criterios para ofrecer tratamiento quirúrgico, la técnica quirúrgica, hallazgos histopatológicos, los cuidados y estudios postoperatorios.

La mayoría de los pacientes presentó adenoma de paratiroides; solo en dos pacientes no fue posible encontrar patología paratiroidea, persistiendo el hiperparatiroidismo clínico y de laboratorio. En dos pacientes se encontró como hallazgo transoperatorio carcinoma papilar de la glándula tiroides concomitante al hiperparatiroidismo primario, resolviéndose quirúrgicamente ambas patologías durante la cirugía, gracias a la ayuda de estudio histopatológico transoperatorio.

El diagnóstico del hiperparatiroidismo es difícil de hacer, ya que no existen estudios de imagen confiables, por lo que es importante conocer los métodos y los protocolos de estudio utilizados en las unidades metabólicas para llegar al diagnóstico, y los criterios que rigen el tratamiento quirúrgico en dicha patología, haciendo hincapié en el trabajo multidisciplinario para el tratamiento adecuado.

NEOPLASIAS POCO FRECUENTES DE CABEZA Y CUELLO

Jorge Federico Alvarez Balbás, Jorge García Salazar, Cecilia López Sánchez

Hospital de Especialidades Instituto Mexicano del Seguro Social Puebla

Se presenta la revisión de siete casos de neoplasias poco frecuentes de cabeza y cuello: ganglioneuroblastoma, melanoma nasal, estesioblastoma, linfoma

centro facial, condrosarcoma mesenquimatoso, carcinoma neuroendócrino de nariz y leiomiomas de parótida, que fueron tratados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho del Instituto Mexicano de Seguro Social de 1997 a 1999. Se hace una revisión de las manifestaciones clínicas, los cortes histopatológicos, diagnóstico diferencial y tratamiento de cada uno de los padecimientos.

USO DE MOMETASONA NASAL EN EL PREOPERATORIO DE RINOSEPTOPLASTÍA COMO ANTINFLAMATORIO

Jorge Federico Alvarez Balbás, Claudia Reyes Hernández

Hospital de Especialidades IMSS Puebla

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal, ciego en 40 pacientes sometidos a rinoseptoplastia funcional, formando dos grupos en forma aleatoria. Al primero se le administró fuorato de mometasona una dosis diaria desde cuatro días previos a la cirugía y hasta 15 días posteriores a cirugía; al segundo grupo se le administró solución de cloruro de sodio al 0.9% por el mismo período. En ningún caso se colocó taponamiento nasal postoperatorio. Se valoró la eficacia del fuorato de mometasona subjetivamente por los pacientes y objetivamente por el cirujano, tomando en cuenta el tiempo de obstrucción nasal que el paciente refería en el postoperatorio, la formación de costras y la distancia entre cornetes y mucosa septal. Dichas mediciones se realizaron un día, cinco, diez y quince días después de la cirugía. El tiempo de recuperación de la función nasal fue menor en los pacientes que recibieron fuorato de mometasona, ya que presentaron menos tiempo de obstrucción nasal, menor formación de costras y mayor espacio concho-septal en el postoperatorio que los pacientes que solo recibieron solución de cloruro de sodio.

Consideramos que el utilizar desde el preoperatorio del fuorato de mometasona reduce la inflamación postquirúrgica y la recuperación es más rápida.

TUMORES MALIGNOS DE AMÍGDALA PALATINA, PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Verónica Eduwiges Alvarez Guzmán, León Felipe García Lara, Nuria Cistrina Cárdenas Maldonado, Rebeca Rosal de la Rosa

Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos

En los pacientes adultos el antecedente de neoplasias malignas en cabeza y cuello, asimetría amigdalina con lesión visible o palpable, tumor en cuello, pérdida de peso inexplicable y síntomas constitucionales, son factores de riesgo para la sospecha de una neoplasia maligna de amígdala. Caso 1. Mujer de 66, con dos meses de evolución, con aumento de volumen de amígdala derecha, doloroso, disfagia, astenia, adinamia y pérdida de peso. A la exploración se observó una tumoración exofítica, violácea, con ulceraciones, que abarcaba hasta la línea media.

El cuello con conglomerado ganglionar en región submandibular derecha de 4 x 4 cm. En la tomografía

computada (TC) una lesión con extensión al espacio parafaríngeo derecho. La biopsia incisional hizo el diagnóstico de Linfoma de células grandes de tipo inmunoblástico. Recibió seis ciclos de quimioterapia con ciclofosfamida, cincristina y prednisona, con buenos resultados.

Caso 2. Hombre de 85 años de edad, con un mes de evolución con odinofagia, y respiración oral forzada, pérdida de peso de cuatro kg. en una semana, astenia y adinamia. A la exploración con aumento de volumen de amígdala izquierda, hasta la línea media, de aspecto normal, el cuello negativo. La TC con aumento de volumen de amígdala izquierda con borde inferior hasta hueso hioides y disminución de la vía aérea en 60%. La biopsia incisional hizo el diagnóstico de Linfoma de células grandes, tipo inmunoblástico. Por su mal estado general, no fue candidato a tratamiento oncológico, se manejó únicamente con esteroides con pobre respuesta.

Caso 3. Hombre de 52 años. Padecimiento de dos meses de evolución, con aumento de volumen en amígdala derecha, secreción purulenta y posteriormente odinofagia. No presentó pérdida de peso, ni dificultad respiratoria. A la exploración, amígdala derecha con aumento de volumen y necrosis medial, desplazamiento de paladar blando y úvula. Se realizó BAAF y biopsia incisional, el reporte histopatológico fue de Carcinoma escamocelular. Las amígdalas y pilares amigdalinos son los sitios más frecuentes de neoplasias de orofaringe. En la amígdala, las estirpes histológicas malignas más comúnmente reportadas son el carcinoma escamocelular (80%), verrucoso, linfocitoma, escamoso adenoideo, linfoma (8%), sarcoma y malignos de glándulas salivales menores, carcinoma adenoideo quístico y mucocelular.

Los linfomas malignos con presentación extranodal (10 al 50%), afectan al anillo de Waldeyer y en esta región, la amígdala palatina es el sitio más frecuentemente afectado (37-62%). El tratamiento inicial para ambas neoplasias la radioterapia. En el carcinoma epidermoide, en pacientes con enfermedad avanzada y mala respuesta a la radioterapia está indicado el tratamiento quirúrgico. Se ha descrito también el uso de crioterapia y el láser en pacientes con lesiones irrecesables y como tratamiento paliativo. En los linfomas, se utiliza también la quimioterapia.

DAÑO ACÚSTICO POR RUIDO, DETECCIÓN EN TRABAJADORES DEL TRANSPORTE PÚBLICO

Jesús Aros Guzmán, Armando Solís Chávez, Magaly Valle Valenzuela, Julio César A. Mena Ayala
Instituto Nacional de la Comunicación Humana "Dr. Andrés Bustamante Gurriá"

Realizamos un estudio de campo sociomédico, prospectivo y transversal. Con los objetivos de detectar trauma acústico en trabajadores de taxis expuestos por un mínimo de seis horas diarias y un año de trabajo y confirmar que la exposición continua o prolongada a los ruidos ambientales cotidianos condiciona daños directos a la salud del individuo, específicamente daño auditivo inducido por ruido (DAIR). Se estudiaron 223 sujetos

(446 oídos) con rango de edad de 22 a 77 años. Resultados comparativos mostraron que: 72 oídos derechos (32.3%) y 54 (24.2%) izquierdos tuvieron audición normal, 69 derechos (31%) y 85 (38.1) izquierdos con (DAIR) de primer grado. DAIR de segundo grado se encontró en 32 oídos derechos (14.4%) y 34 oídos (15.3%) izquierdos, DAIR de tercer grado fueron 13 derechos (5.8%) y 13 (5.8%) izquierdos.

En el análisis estadístico mediante la prueba de "t" de Student se encontraron diferencias significativas 0.05 en la relación oído derecho/izquierdo que sugiere daño más severo al oído más expuesto. En conclusión podemos señalar que el DAIR es una entidad por demás frecuente, que en nuestra investigación tuvo un comportamiento por arriba de lo esperado con alcances de aproximadamente el 50% de la población estudiada. Por lo anterior es importante establecer un adecuado programa de Educación para la Salud Auditiva a la población en general y en especial a grupos de riesgo, que fomente una cultura de autocuidado de la salud, donde se incluyan medidas de salud ambiental, higiene industrial, uso específico de protección adecuada y programas de detección oportuna.

EVALUACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Juan Emilio Arrieta Padrón, Armando Maldonado Castorena, Miguel Ángel Betancourt Suárez
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Antecedentes: El Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es en orden de frecuencia el segundo trastorno del sueño y uno de los trastornos respiratorios que producen mayor morbilidad y mortalidad. Puede presentarse a cualquier edad pero tiene dos picos de incidencia uno entre los dos y seis años y otro entre los cuarenta y los sesenta años de edad; predomina en el género masculino en relación 2:1.

La obstrucción respiratoria puede deberse a una o varias causas y se puede localizar a cualquier nivel de la vía aérea. La polisomnografía es el instrumento que nos permite establecer el diagnóstico y la severidad del SAOS.

El interés en diagnosticar y tratar este trastorno radica en las repercusiones hemodinámicas, neurológicas, cognitivas, sexuales, inmunológicas, etc. Se han descrito varias modalidades de tratamiento, siendo la cirugía el tratamiento de elección en los pacientes donde se logra determinar el sitio primario de obstrucción.

El Objetivo del presente estudio fue analizar el resultado del tratamiento quirúrgico en los pacientes con SAOS del INER.

Material y Método: Se revisaron los expedientes de pacientes operados en el INER de 1996 a 1999 con estudio polisomnográfico preoperatorio y postoperatorio determinado por las siguientes dos variables: Índice de Trastorno Respiratorio (RDI) y Saturación de la Oxihemoglobina (SaPO₂). Con una muestra de siete niños entre 2 y 6 años de edad, de ambos géneros y, doce adultos de ambos géneros con edades entre 30 y 60 años. Los niños fueron tratados mediante adenomig-

dalectomia y los adultos por uvulopalatofaringoplastia El análisis estadístico se realizó con la prueba t-student. Resultados: El promedio de RDI en niños fue de 55.25 preoperatorio con SaPO2 de 88% con un nivel de significancia de p .001, el resultado promedio postoperatorio fue de 16.733 con SaPO2 de 96%.

En lo que se refiere a los adultos se encontró que el promedio de 55.92 con SaPO2 de 82% con un nivel de significancia de p .002, el resultado promedio postoperatorio fue de 22.60 con SaPO2 de 92% .

Discusión y Conclusión: El éxito del tratamiento quirúrgico de los pacientes con SAOS depende de una adecuada valoración clínica y polisomnográfica para decidir el tipo de modalidad quirúrgica, en nuestros pacientes de estudio se determinó que la obstrucción primaria se encontraba en la nasofaringe y orofaringe. Nuestros resultados muestran que existe una mejoría significativa en los parámetros antes descritos en comparación con su estado preoperatorio. En algunas ocasiones se observó la curación del paciente, sin embargo la mayoría de los adultos observamos un RDI residual debido en parte a que presentaban otros sitios de obstrucción.

AUTOTRASPANTE TRAQUEAL DIVIDO Y OMEN-TOPEXIA EN PERROS

Arturo Avila Chávez, Antonio Soda Merhy, Juan Raúl Olmos Zuñiga, Rogelio Jasso Victoria, Avelina Sotres Vega, Miguel Gaxiola Gaxiola, Patricio Santillan Doherty

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

El trasplante traqueal es uno de los procedimientos de mayor reto para los cirujanos de cuello y tórax. Se ha demostrado que la resección de segmentos cortos de tráquea pueden ser reparados con una anastomosis término-terminal. Sin embargo en lesiones más extensas el tejido restante es insuficiente, para la reconstrucción de la vía aérea.

Se han ideado varios métodos para poder afrontar este problema, como la utilización de diferentes tejidos protésicos o la realización de un trasplante, pero los esfuerzos de estos experimentos por encontrar un sustituto traqueal ideal no han tenido el éxito deseado. Hay que tomar en cuenta que por lo menso son tres los problemas importantes que deben de ser resueltos para tener éxito en el trasplante de tráquea: la inmunosupresión, preservación del injerto traqueal por tiempo prolongado y la revascularización del mismo. Para resolver el problema de la revascularización se han ideado diferentes modelos experimentales como la utilización de colgajos de omento para cubrir los segmentos transplantados, sin embargo, solamente se tiene éxito con fragmentos de tráquea menores a cuatro cms. De largo, pues la revascularización se aprecia en las líneas de sutura pero no en las porciones centrales del injerto. Se ha observado también, que utilizando el trasplante traqueal dividido con pedículo de omento permite una mejor revascularización del injerto en la porción central del mismo.

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO CRANEO-FACIAL EN NIÑOS MEXICANOS ATENDIDOS EN EL INP CON DEFORMIDAD RINOSEPTAL O DESVIACIÓN SEPTAL, SOMETIDOS A SEPTOPLASTIA O RINOSEPTOPLASTIA

Enrique Azuara Pliego, Pedro Gutiérrez Castellón, Susan Rivera Magallanes
Instituto Nacional de Pediatría

La cirugía nasal en niños con desviación septal o deformidad rinoseptal es ampliamente discutida. Algunos cirujanos prefieren asumir conductas conservadoras dado el temor de tener resultados negativos como es la alteración en el crecimiento nasal y facial .

El presente se trata de un análisis preliminar efectuado en 10 niños de un estudio observacional, prospectivo, comparativo y longitudinal, para evaluar el crecimiento craneo-facial en 31 niños sometidos a septoplastia o rinoseptoplastia. Se efectuó medición del ángulo SNA pre y postcirugía mediante fotos y trazos cefalométricos con técnica de Steiner. Se excluyó del estudio niños con hipoplasia de coanas, secuelas de labio y paladar hendido, hipertrofia adenoidea y rinitis alérgica. Del total de los 10 niños incluidos hasta este momento en el estudio, 7 corresponden al sexo masculino y 3 del sexo femenino. La edad vario de 9 a 18 años con una mediana de 15 años. 3 niños fueron sometidos a septoplastia y 7 a rinoseptoplastia. La mediana del ángulo SNA antes de la cirugía en los 10 niños fue de 80.4 (Minima 74.2, Maxima 86.8) y posterior a la cirugía fue de 81.3 (Minima 78.5 y Maxima 83.0). Llama la atención que si bien las diferencias no son estadísticamente significativas (prueba de Wilcoxon), en 7 de los 10 pacientes (70%), se observó una mejoría en el ángulo reportado previo a la cirugía. Es importante darles a estos pacientes seguimiento para valorar posteriormente cambios en el crecimiento, por otra parte es necesario incluir a los demás pacientes restantes ya que mientras la muestra sea mayor los resultados estadísticos serán más significativos.

En este trabajo se concluye que en el 70% de los pacientes se apreció una mejoría en el ángulo SNA posterior a la cirugía, aunque estadísticamente no hay diferencia significativa.

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS SUBGLÓTICA Y SUBGLOTICOTRAQUEAL ADQUIRIDA, CON RESECCIÓN SUBTOTAL ANTERIOR DEL CARTÍLAGO CRICOIDES Y ANASTOMOSIS TIROCRICTRAQUEAL, EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, REPORTE PRELIMINAR

Enrique Azuara Pliego, Lorenzo Pérez Fernández, Héctor D. Tejeda T., Juan Peña G., Felipe Flores L.
Instituto Nacional de Pediatría

Se presentan los datos preliminares de un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo, del área clínico-quirúrgica, para evaluar los resultados de la técnica de resección subtotal anterior del cartilago cricoides y anastomosis tirocricotraqueal en el tratamiento de la estenosis subglótica y subglótico-traqueal adquirida en pacientes pediátricos, con la finalidad de ofrecer a los

pacientes una vía aérea útil, entendida ésta como aquella que les permite vivir sin cánula de traqueostomía, sin dificultad respiratoria y con una fonación aceptable. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de estenosis subglótica y pacientes con estenosis subglótica y de uno o más de los cinco primeros cartilagos traqueales.

Los pacientes fueron incluidos cuando el tratamiento previo con medicamentos y/o dilataciones fracasara y existiera persistencia o recidiva de la estenosis. Se analizó la incidencia, edad, sexo, etiología y grado de la estenosis y su tiempo de evolución.

Se efectuó estudio clínico integral, valoración subjetiva de la voz, estudios de imagen radiológica y fibroscopia de vías aéreas superiores para conocer la extensión y el grado de obstrucción de la luz laringotraqueal producido por la estenosis, utilizando la clasificación de Cotton. Se estudiaron 22 pacientes, de edades entre 1 y 15 años con una media de 7 años, 7 de ellos fueron masculinos y 15 femeninos.

Todos tenían diagnóstico de estenosis subglótica o subglótico-traqueal, traqueostomía y el antecedente de intubación orotraqueal.

Trece de los 22 pacientes presentaron estenosis con obstrucción de la luz laringotraqueal menor al 70% correspondiente al grado I de la clasificación de Cotton, por lo que fueron decanulados y excluidos del estudio. Nueve se consideraron para tratamiento quirúrgico por tener una obstrucción de la luz mayor al 90% o una obstrucción total (estenosis grado III y grado IV respectivamente).

Dos de los nueve pacientes candidatos a cirugía fallecieron en el periodo de espera de la operación por infección respiratoria aguda, uno en su lugar de residencia y el otro en el hospital por complicación pleuropulmonar. Dos de los nueve pacientes están en espera de tratamiento quirúrgico. Hemos operado 5 de los 9 pacientes. 4 de estos 5 pacientes operados tenían una estenosis grado III y el otro una estenosis grado IV. Tres de estos cinco pacientes fueron decanulados en un lapso de 6 a 9 meses posteriores a la cirugía. Uno de los cinco se complicó con sinequias de comisura anterior y posterior y después de una segunda intervención quirúrgica presentó una estenosis glótica grado IV de Cotton por lo que no pudo ser decanulado, y uno de estos cinco pacientes operados se encuentra actualmente en programa de decanulación. Los cinco pacientes tenían entre 4 y 13 años con el diagnóstico de estenosis subglótica o subglótico-traqueal y con traqueostomía; el tiempo de intubación orotraqueal que tenían como antecedente varió desde una semana hasta dos meses.

En todos los casos se practicó resección subtotal anterior del cartilago cricoides, y cuando fue necesario, del segmento traqueal estenosado seguido de anastomosis tirocricotraqueal.

La evaluación posoperatoria clínica con valoración subjetiva de la voz y fibroscopia laringotraqueal, se llevó a cabo a las tres semanas y a los tres, seis y nueve meses. En este reporte preliminar hemos concluido que la etiología más frecuente de las estenosis subglóticas y subglótico-traqueales en nuestros pacientes fue la in-

tubación orotraqueal, y que la resección anterior subtotal del cartilago cricoides y anastomosis tirocricotraqueal ha sido un procedimiento útil en el tratamiento de la estenosis subglótica y subglótico-traqueal en 4 de los 5 pacientes operados, ya que les ha permitido tener una vía aérea útil, sin dificultad respiratoria, con una mejoría subjetiva de la voz y la posibilidad de ser decanulados. El seguimiento a la fecha de estos 5 pacientes es, de cinco meses en el más recientemente operado, hasta de 16 meses en el primero de ellos. Por ser ésta una casuística pequeña, por ahora no nos es posible conocer la incidencia de esta patología.

INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LA MUCORMICOSIS

Mario Antonio Barrón Rivas, Mario Antonio Barrón Soto, Luz Arcelia Campos, Ana Paula Real V. Hospital General C.M.N. "La Raza"

El presente trabajo analiza la incidencia de mucormicosis en el servicio de Otorrinolaringología e Infectología del Centro Médico Nacional La Raza. Incluyendo únicamente a los pacientes diagnosticados como mucormicosis rino-orbita-cerebral en un periodo comprendido de Enero de 1996 a Octubre de 1999, durante este tiempo fueron atendidos 16 pacientes en los cuales se estudiaron las enfermedades condicionantes y concomitantes de esta patología: Se hace un análisis de la edad, sexo y mortalidad comparándolo a lo publicado en la literatura mundial, así mismo, se evalúan los tratamientos efectuados tanto médico como quirúrgico en estos pacientes.

La mucormicosis, una enfermedad infecciosa, fulminante a corto plazo y que requiere de atención oportuna y adecuada para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

INCIDENCIA Y MANEJO DEL CÁNCER DE LARINGE EN EL HOSPITAL GENERAL C.M.N. "LA RAZA"

Mario Antonio Barrón Soto, Rubén Moreno P., Andrea Alcalá H.

Hospital General C.M.N. "La Raza"

Las neoplasias de laringe continúan teniendo en nuestro medio una incidencia alta, que lejos de disminuir sigue en aumento. El servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico "La Raza" sin ser un hospital de concentración oncológica del Instituto Mexicano del Seguro Social diagnostica y atiende gran parte de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

El objetivo del presente trabajo es mostrar a ustedes la incidencia del carcinoma de laringe diagnosticado y atendido en nuestro servicio en los últimos 5 años, y hacer un análisis de las características de estos pacientes tomando en cuenta edad de presentación, sexo, ocupación, antecedentes de tabaquismo y/o alcoholismo, sintomatología inicial, tiempo de evolución, clasificación TNM, y tratamiento, así como las complicaciones y el seguimiento a corto, mediano y largo plazo.

TUMORES GLÓMICOS DE OÍDO

Mario Antonio Barrón Soto, Antonio Bello Mora, Luz Arcelia Campos Navarro, Erick Piña Mora, Miguel Gutiérrez Aceves

Hospital General C.M.N. "La Raza"

En el presente trabajo se revisan los pacientes con diagnóstico de tumores glómicos de oído atendidos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Centro Médico Nacional "La Raza".

Material y Métodos: Todos los pacientes diagnosticados como tumor glómico de oído en un periodo correspondiente de Noviembre de 1998 a Octubre 1999. Se analiza la incidencia en edad y sexo, se revisa el protocolo de estudio de este tipo de patología clasificando las lesiones según su origen y estadio, así mismo se hace un análisis del síntoma inicial y tiempo de evolución; finalmente a todos ellos se les evaluó la respuesta al tratamiento instituido, así como la evolución que tuvieron.

ESTABILIZACIÓN DE LA AUDICIÓN EN OÍDOS HIDRÓPICOS CON EL USO DE ESTEROIDES Y METOTREXATE (REPORTE PRELIMINAR)

Pedro Beceril Pérez, Ramón Hinojosa González, Lourdes Olivia Vales Hidalgo, Cecilia Esteinou Madrid
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Se acepta que alrededor de un tercio de los oídos con hidrops endolinfático tienen su origen en fenómenos de autoinmunidad. El uso de esteroides y/o metotrexate con el fin de controlar las crisis vertiginosas o estabilizar los umbrales auditivos ha sido reportado. En un intento por tratar estas entidades se propone la utilización de esteroides y metotrexate el cual es utilizado ampliamente en pacientes con padecimientos autoinmunes como la artritis reumatoide.

Presentamos la experiencia obtenida en la estabilización de la audición en pacientes con sospecha de hidrops endolinfático bilateral utilizando un tratamiento de prednisona a dosis de 1mg/Kg/día por vía oral, durante 9 semanas, seguido por metotrexate a dosis de 7.5 a 15mg por semana por vía oral.

Se incluyeron en el estudio un total de 12 pacientes, 5 hombres y 7 mujeres con edad promedio de 42.6 años, se excluyeron del estudio 5 pacientes. De los 7 que permanecieron en el estudio todos mostraron mejoría en la audición de ambos oídos y estabilización de la misma, el mayor tiempo de seguimiento es de 1 año 1 mes y el de menor tiempo es de 4 meses.

ALTERACIONES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR SECUNDARIA A LA UTILIZACIÓN DE BECOMETASONA, MOMETASONA Y FLUTICASONA TÓPICA NASAL, COMPARACIÓN ENTRE ELLOS Y UN GRUPO DE CONTROL

Daniel Bross Soriano, Carlos Hanenberg Milver, José Schimelmitz Idi, René Guzmán Urrutia

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Propósito: El objetivo del trabajo es obtener las mediciones de la presión intraocular en los pacientes riniticos sometidos a tratamiento exclusivo con diferentes

esteroides tópicos nasales. Selección de Pacientes: Se incluyeron a 90 pacientes con diagnóstico de rinitis de diferentes etiologías que requerían de tratamiento con esteroide tópico nasal. Parámetros de medición: Se midieron la presión intraocular en cada paciente al inicio, a las 3 semanas, a las 6 semanas, a los 3 meses, a los 6 meses y al año del tratamiento. Hallazgos: La presión intraocular promedio para el grupo control fue de 15.6 mm Hg para el ojo derecho (OD) y 15.8 en el ojo izquierdo (OI). Las cifras del Dipropionato de Beclometasona fueron de 16.33 para el OD y 16.33 para el OI, para el Furoato de Mometasona fue de 16.7 mm OD y 16.8 mm para OI y en el grupo del Propionato de Fluticasona fue de 15.7 mm OD y 15.8 para OI. Conclusión: La utilización de los esteroides tópicos nasales anteriormente mencionados no provocan aumento de la presión intraocular en rangos superiores a los valores considerados normales.

ESTUDIO MICROBIOLÓGICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS OTOMICOSIS

Daniel Bross Soriano, Eduardo Guzmán U., José Schimelmitz Idi, Luis Sánchez Marín, Roberto Arenas G., Claudio Abiega A.

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

El aspergillus niger y la candida albicans son por mucho los organismos más comunes en las otomicosis en los reportes de la literatura. Para conocer cuales son los hongos que provocan la otomicosis dentro de nuestra población nacional se realizó un estudio microbiológico (bacteriano y micótico) a 152 pacientes que acudieron al departamento de Otorrinolaringología con diagnóstico clínico de otomicosis. Este trabajo fue realizado durante 6 meses y analizó los aspectos clínicos de la enfermedad: incidencia por grupo etareo, sexo, lateralidad, hábitos higiénicos y dietéticos, humedad, temperatura y manifestaciones clínicas, así como condiciones asociadas. Concluimos que en este estudio son el Aspergillus y Candida los agentes causales más frecuentes, teniendo una distribución bimodal en cuanto edad y siendo principalmente unilateral.

HIPOACUSIA SENSORINEURAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA

Heloisa C. de Toledo, Dolores Alvarez, Arnoldo Kraus, Carlo Pane Pianese, Martín Zapata

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Se ha descrito hipoacusia sensorineural (HSN) progresiva en asociación lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, policondritis, artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes. Aunque la hipoacusia parece ser una complicación rara de las colagenopatías, en ocasiones puede ser un síntoma de presentación inicial. La patogenia de la HSN en el síndrome de Sjogren y otras enfermedades reumáticas es desconocida. Se cree que exista participación de complejos inmunes y/o anticuerpos específicos a antígenos de oído interno. OBJETIVO: Valorar la incidencia de HSN en pacientes con enfermedad reumática. Correlacionar la presencia de HSN con la severidad y duración de los síntomas de la enfermedad reumática de base y posible

vasculitis. **MATERIAL Y METODOS:** Se estudiaron 30 pacientes provenientes del Depto. de Inmunología y Reumatología del INNSZ con el diagnóstico de colagenopatía. Fueron excluidos los pacientes con antecedentes de exposición crónica a ruido, enfermedad de Menière, fistula perilinfática y los que cursaban con otitis media en el momento del estudio. La valoración audiológica consistió en otoscopia, audiometría tonal, logaudiometría, timpanometría con determinación de reflejo estapedial, potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (PEATC) y emisiones otoacústicas por productos de distorsión (DPOAE). **RESULTADOS:** Se estudiaron 29 pacientes del sexo femenino y 1 masculino, con promedio de edad de 52 años. El diagnóstico más frecuente fue de Sd. de Sjogren en 11 pacientes, seguido por esclerodermia en 7, Sd. de CREST en 4, polidermatomiositis en 3, polimiositis en 3 y dermatomiositis en 2 casos. La valoración audiológica mostró audición normal bilateral en 40.7% de los casos, hipoacusia conductiva unilateral en 11.1% (un oído con secuelas de OMC, un caso de malformación congénita de oído externo y un paciente con esclerodermia y fijación de cadena oscilar). Se detectó hipoacusia de origen coclear en 51.85% de los pacientes: 14.8% con HSN superficial bilateral plana y 33.3% con HSN descendente bilateral. No se encontró diferencia significativa en cuanto a edad entre los grupos de audición normal e HSN. En ningún caso los PEATC fueron sugestivos de lesión retrococlear. Todos los pacientes que cursaban con HSN no presentaron DPOAE. De los pacientes con audición normal, 27.2% presentaron DPOAE normales y en el 72.7% se observó disminución en amplitud y ausencia de DPOAE a partir de 3000Hz. Dos tercios de los pacientes con Sd. de Sjogren que cursaban con HSN tenían Ac anticardiolipina positivos. **CONCLUSIONES:** La HSN no parece ser un síntoma raro en pacientes con enfermedad reumática. La ausencia de DPOAE en frecuencias agudas a pesar de umbrales auditivos normales puede ser sugestiva de hipoacusia subclínica en este grupo de pacientes. La HSN podría asociarse a la presencia de vasculitis y Ac anticardiolipina. Se justifica la valoración y seguimiento audiológico en pacientes con enfermedad reumática.

ROTACIÓN A 360 EN PACIENTES CON VPPB DEL CANAL SEMICIRCULAR HORIZONTAL

Heloisa C. de Toledo, Edy Osorio Torres, Armando Solís Chávez

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Una pequeña fracción de pacientes que cursan con vértigo posicional presenta nistagmus horizontal paroxístico inducido por movimiento lateral de la cabeza en posición supina. El nistagmus aparece después de una latencia corta al rotar la cabeza del paciente a 90 y su componente rápido se dirige hacia abajo (geotrópico). Al mover la cabeza hacia el lado opuesto aparece un nuevo nistagmus horizontal geotrópico. El síndrome se conoce como variante del canal semicircular (CSC) horizontal del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) y se explica por la presencia de depósitos otolíticos en el brazo largo del CSC horizontal. **OBJETIVO:** Revisar

las características del nistagmus en pacientes con VPPB del CSC horizontal y la efectividad terapéutica de la maniobra de Semont y la rotación a 360. **MATERIAL Y METODOS:** Se estudiaron tres pacientes en los que el diagnóstico de VPPB del CSC horizontal se basó en los siguientes criterios: 1) episodios breves y recurrentes de vértigo posicional; 2) nistagmus posicional paroxístico horizontal geotrópico; y 3) ausencia de alteración del SNC que explicara el nistagmus posicional de dirección cambiante. En todos los casos se observó clínicamente y se registró mediante ENG computarizada la latencia, duración y dirección del nistagmus inducido al rotar 90 lateralmente la cabeza del paciente en posición supina. Se realizó maniobra de Semont en una ocasión en 2 pacientes y rotación a 360 en los 3 pacientes. La maniobra de rotación a 360 se efectuó llevando al paciente hacia el lado de menor amplitud del nistagmus. Se realizaron cuatro giros completos o hasta que desapareciera el nistagmus. El paciente repitió el giro 2 veces al día durante una semana cuando fue revalorado. **RESULTADOS:** La edad promedio de los pacientes fue de 47 años, la duración de los síntomas de 6 semanas y en todos los casos la etiología del VPPB fue idiopática. La duración y severidad de los episodios de vértigo no fueron diferentes a las referidas comúnmente por pacientes con VPPB del CSC posterior. En ningún caso se observó nistagmus ageotrópico. El nistagmus geotrópico se explicó por canalolitiasis del CSC horizontal. Los pacientes sometidos a maniobra de Semont presentaron nistagmus geotrópico y síntomas asociados a las 48 horas de realizada la maniobra. En ninguno de ellos se observó VPPB del CSC posterior como complicación de la misma. Los tres pacientes presentaron remisión total de síntomas y ausencia de nistagmus a la semana de haber iniciado la rotación contralateral de la cabeza a 360. **CONCLUSIONES:** El VPPB del CSC horizontal se identifica por la exploración física. La sintomatología por sí sola no lo diferencia del VPPB del CSC posterior. Aunque el número de pacientes es pequeño por la menor incidencia de la variante del CSC horizontal comparada al VPPB del CSC posterior, los resultados son semejantes a los reportados en la literatura en cuanto a la pobre respuesta de las maniobras de Semont o Epley. La rotación a 360 parece lograr la remisión de los síntomas en estos pacientes.

RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL DE IMÁGENES EN ORL Y CCC

Rafael Camacho Romo, Yannet Almeida González Hospital General C.M.N. "La Raza"

El médico frecuentemente debe analizar las imágenes de estudios de gabinete que observa y ejecutar un proceso mental de ensamblaje de cuadros segmentados en un modelo tridimensional que se acerque lo mejor posible a la realidad que estudia en un esfuerzo por reconstruir en su mente lo que en el paciente sucede y que le permita idear una estrategia médica o un abordaje quirúrgico. La reconstrucción tridimensional de imágenes en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello como herramienta avanzada de diagnóstico ha sido investigada y utilizada con éxito.

Una reconstrucción tridimensional (3-D) es la interpretación que un ordenador hace de una imagen que sólo tiene dos dimensiones.

Las imágenes obtenidas de cortes histológicos, tomográficos (TC), de resonancia magnética (RM) y endoscopias son bidimensionales por que pueden ser interpretadas como un mapa de coordenadas en donde todos los elementos contenidos tienen una altura y anchura [ejes x,y] y en donde cualquiera de estos elementos puede ser localizado.

Al introducir en un computador más de un mapa de coordenadas (imágenes) en sucesión se puede ordenar a este que compare la posición en dichos mapas de un elemento(s); de esta forma se puede establecer la progresión del mismo(s) en el espacio ya que describe(n) una trayectoria dentro de la sucesión de mapas agregándose entonces un tercer eje [z] o profundidad. Se describe el proceso básico, los distintos métodos a través de los cuales se realiza dicho procedimiento así como su utilidad.

VELOCIDAD DE TRANSPORTE MUCOCILIAR NASAL BAJO MÉTODO RADIOISOTÓPICO CON MAA TC 99 EN PACIENTES CON OTITIS MEDIA CRÓNICA

Luz Arcelia Campos Navarro, Mauricio López Cárdenas, Iván Vega González
Hospital General C.M.N. "La Raza"

La función de limpieza mucociliar nasal medida en 20 pacientes con otitis media crónica (15 mujeres y 5 hombres, con un rango de edad de 15 a 64 años) y 20 sujetos sanos (11 mujeres y 9 hombres, con un rango de edad de 25 a 52 años).

Se colocó una gota de macroagregados de albúmina marcados con TC-99m en el piso de la fosa nasal 1 cm atrás de la unión mucocutánea y su recorrido fue seguido con una gamma cámara. La función de limpieza mucociliar nasal fue presentada como la velocidad (mm/min.) del transporte mucociliar nasal de la gota de MAA tc-99m. La velocidad del transporte mucociliar nasal encontrada en los pacientes con OMC fue en promedio 3.96 mm/min. con un rango de 0.0 a 7.33 mm/min; en el grupo control fue de 6.94 mm/min. entre 0.0 a 9.47 lo cual fue estadísticamente significativo (p 0.005).

La función mucociliar nasal no se modificó respecto a la edad. La diferencia de velocidad entre hombre y mujeres no fue significativa en nuestro estudio. La velocidad de transporte mucociliar nasal no mostró diferencias significativas en el grupo de pacientes con OMC respecto al tipo y tamaño de la perforación.

En el estudio los autores demostraron que existe alteración en la velocidad de transporte mucociliar nasal en pacientes con otitis media crónica. Podrían repercutir las alteraciones funcionales de la mucosa nasal de la función de la Trompa de Eustaquio como factor agravante para la otitis media.

ABORDAJE TRANSEPTOESFENOIDAL EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ORL HCSAE PEMEX

Nuria Cristina Cárdenas Maldonado, Rafael Zárate García
Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos

Introducción: Desde 1907 se han realizado diferentes técnicas para resección de tumores hipofisarios por vía nasoesfenoidal-transesfenoidal, sublabial, transepto-esfenoidal, abordajes de elección para la resección total o parcial de lesiones de la silla turca. Objetivo: Evaluar los resultados de nuestro servicio en esta cirugía. Material y Métodos: se revisaron los expedientes de los pacientes sometidos a abordaje transepto-esfenoidal, de julio de 1986 a marzo de 1999. Se evaluó el sexo, edad, antecedentes ORL, sintomatología neurológica, exploración física, diagnóstico histopatológico, seguimiento y complicaciones. Resultados: de 37 pacientes, 26 (70.2%) fueron mujeres y 11 (29.7%) hombres, la edad varió de 15 a 74 años con una media de 36. La sintomatología antes de la intervención fue con mayor frecuencia cambios visuales y la cefalea en un 29.7% y 70.2% respectivamente e hiperprolactinemia en 14 pacientes (37.8%). Se encontró desviación septal en 21 casos (56.7%) de éstos 4 (10.8%) con desviación severa, realizando a 3 de ellos septoplastia simultánea. En todos se solicitó estudios de imagen como tomografía computada, resonancia magnética o radiografía de senos paranasales. El diagnóstico más frecuente fue adenoma hipofisario en 32 (86%) casos. La complicación general más común fue la diabetes insípida 21.6%, seguida de la fistula de LCR (10.8%), existieron pocas complicaciones otorrinolaringológicas, 8 casos con desgarro de la mucosa y 3 desarrollaron sinusitis. Conclusión: El abordaje transepto-esfenoidal es un procedimiento seguro y efectivo con una baja morbilidad y poca incidencia de complicaciones locales y generales, que permite al neurocirujano una excelente exposición del área quirúrgica.

MIRINGOPLASTIA EN CONSULTORIO, COMPARACIÓN DE PERICONDRIO TRAGAL CONTRA PAPEL ARROZ EN EL CIERRE DE PERFORACIONES TIMPÁNICAS

Ricardo Cárdenas Padrón, César Alfonso Gtz. E., Araceli Ortiz Reyes
Hospital Regional "Gral. I. Zaragoza" I.S.S.S.T.E.

La perforación de la membrana timpánica es una complicación o secuela de la agresión a esta estructura que puede tener diversas causas. Esta entidad es frecuentemente vista en nuestro servicio aunque no se cuenta con una estadística adecuada. La Miringoplastia representa un método para el cierre de perforaciones centrales, pequeñas, que no tengan patología en oído medio, nasofaringe o nariz. Esta puede realizarse en consultorio, ahorrándose el riesgo quirúrgico anestésico al paciente y disminuyendo el rezago quirúrgico de la Institución. En este estudio prospectivo se comparan 2 materiales: pericondrío (20 pacientes) y papel arroz (19 pacientes) usados en las miringoplastias en consultorio bajo microscopía. El número de pacientes fue de 39, la causa más frecuente de la perforación fue la otitis media

con 71.79%, seguida de la postraumática 17.94%, y el resto secundario a un procedimiento otológico 10.24%. 19 fueron en cuadrantes anteriores y 20 en posteriores. A todos se les realizó una valoración otorrinolaringológica integral previa al procedimiento.

Los resultados obtenidos fueron, cierre de la perforación en 85% con pericondrio, contra 68.42% con papel arroz. Respecto a la mejora en la audición esta sólo se presentó con pericondrio en un 40% en los demás pacientes la audición quedó igual. En cuanto al sitio de la perforación cerraron mejor las posteriores con 85% contra el 68.42% de las anteriores, por último el tamaño de la perforación no modificó el cierre. Con esto concluimos que las perforaciones posteriores tienen mejor pronóstico, existiendo un mayor éxito de cierre con pericondrio aunque esta diferencia no fue significativa. Nosotros sugerimos el establecimiento de un protocolo para la realización de Miringoplastias en consultorio, para optimizar resultados.

VÉRTIGO COMO SÍNTOMA PRINCIPAL DE PATOLOGÍA CENTRAL

IVONNE CÁRDENAS VELÁZQUEZ

Cecilia Moreno B., Rafael Mendizábal G., Victoria Rivero de J.

Hospital Juárez de México

El vértigo consiste en una sensación espontánea de giro, generalmente una sensación de rotación en la que se mueve el paciente o los objetos que lo rodean.

El diagnóstico diferencial entre vértigo de origen periférico y vértigo de origen central resulta en extremo difícil por lo que en muchas ocasiones el paciente con vértigo de origen central es canalizado equivocadamente al servicio de otorrinolaringología.

Algunas de las causas etiológicas en las que se presenta el vértigo son los tumores del ángulo pontocerebeloso de los cuales el más frecuente es el neurinoma del acústico.

Las lesiones que afectan al lóbulo flóculo nodular del cerebelo o a los núcleos vestibulares de la protuberancia también pueden manifestarse con vértigo.

En el diagnóstico diferencial del vértigo es importante la realización de las pruebas posturales ya que el vértigo de tipo central produce un nistagmus que es de dirección cambiante a diferencia del vértigo de origen periférico en el que el nistagmus siempre tiene la misma dirección. Las lesiones de origen central frecuentemente se localizan en la porción dorsolateral al cuarto ventrículo ó en el vermis dorsal, sin embargo estas se asocian a otros signos clínicos que permiten la diferenciación entre el vértigo de origen central y periférico.

En el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Juárez de México recibimos una gran cantidad de pacientes cuyo síntoma cardinal es el vértigo, pero que al interrogatorio y a la exploración física dirigida nos orientan al diagnóstico de vértigo de origen central.

Por este motivo decidimos presentar la frecuencia de las lesiones de tipo central cuyo síntoma inicial es el vértigo.

OBJETIVO:

Determinar la frecuencia de la patología central cuyo síntoma principal es el vértigo.

MATERIAL Y METODOS

Se estudian 35 pacientes enviados a la consulta de nuestra especialidad por vértigo como síntoma principal; sin embargo, se encontraron síntomas de origen central por lo que fueron canalizados al servicio de Neurocirugía para su tratamiento.

A todos los pacientes se les realizó estudio otoneurológico completo y estudios de imagen (Tomografía computada y/o resonancia magnética). Se incluyen solamente los casos con patología tumoral.

Se comentan el diagnóstico y el tratamiento de cada uno de ellos, así como la frecuencia de patología de tipo central.

PROTOCOLOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Marisol Caro del Castillo Catalán, Héctor Prado

Calleros, Sergio González Olvera, Daniel Bross

Soriano, Miguel Angel García García, Rene Eduardo

Guzmán Urrutia, José Schimelmitz Idi

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Dentro de la patología más frecuente a nivel de la otorrinolaringología, se encuentra a la rinosinusitis crónica, el vértigo y la patología de amígdalas y adenoides, por lo que el presente trabajo, se enfoca a la realización de flujogramas de diagnóstico y tratamiento de los mismos.

SINUSITIS CRÓNICA.

Existen múltiples signos y síntomas que orientan fácilmente al diagnóstico temprano de la patología nasosinusal, aguda y debe de darse seguimiento a los pacientes e identificar cuando ésta evoluciona a la cronicidad, de acuerdo a esto, el otorrinolaringólogo debe de clasificar inicialmente al tipo de paciente tomando en cuenta la clínica así como evaluar adecuadamente los exámenes de laboratorio y radiodiagnóstico adecuados; una vez clasificada la patología, debe conocerse adecuadamente la fisiopatología de la enfermedad así como la etiología e iniciar tratamiento antibiótico temprano de acuerdo a frecuencia y espectro antibiótico, no olvidándose de complementar el tratamiento con medicamentos alternos que ayudan a la fisiopatología de la enfermedad nasosinusal, de acuerdo a la respuesta, valorar el seguimiento o en su defecto el cambio del tratamiento médico o iniciar terapéutica quirúrgica dependiendo la severidad del cuadro siguiendo rutas de tratamiento y saber reconocer tempranamente las posibles complicaciones para llevar a cabo la prevención.

VERTIGO.

Un campo muy amplio dentro de la patología otorrinolaringológica más frecuente es el vértigo, ya que existen múltiples patologías que pueden iniciar con cuadros de alucinación de movimiento y que de acuerdo a su duración, presentación, síntomas acompañantes, frecuencia y fenómenos previos, deberá llevarse a cabo un análisis de todas estas variantes para el estudio

adecuado de las diferentes enfermedades causantes de vértigo, así como realizar un estudio individualizado con el paciente. Una vez identificada la etiología del vértigo, el otorrinolaringólogo debe de completar estudios y descartar patologías asociadas mediante estudios otoneurológicos y de radiodiagnóstico para llevar a cabo el tratamiento adecuado e individualizado.

PATOLOGIA DE ADENOIDES Y AMIGDALAS.

Este tema tan amplio y frecuente de la otorrinolaringología, es de importancia, ya que la mayoría de la patología pediátrica de la otorrinolaringología está relacionada con estas estructuras; por lo que en este trabajo se enfoca a guiar fácilmente la forma adecuada del diagnóstico, comentando la etiología y frecuencia, así como los signos y síntomas presentes, y los estudios de laboratorio, bacteriológico y de radiodiagnóstico adecuados para el empleo temprano de terapéuticas médicas y quirúrgicas, así como el seguimiento de los pacientes descartando previamente la patología asociada dando diferentes opciones de tratamiento con las rutas de seguimiento.

PROGESTERONE AS A STIMULATOR OF REGENERATION THROUGH CHAMBER IN THE HAMSTERS FACIAL NERVER

María Estela Chávez Delgado, Sergio Castro Castañeda, Joaquín García Estrada, Juan Mora Galindo

Hospital General de Zona No. 89, y Centro de Investigación Biomédica de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social

Previous reports suggest that progesterone PROG and its precursor pregnenolone promotes myelination in the nervous system peripheral PNS of the rat after cryolesion. We purpose to analyzed facial nerve regeneration at 15, 30, 60 and 90 days postoperation with system progesterone over a 6 and 8 mm transectional gap in superior buccal branch of facial nerve in 100 male hamsters using silastic tubes prefilled with progesterone or saline solution. Regeneration was evaluated by means of electromyography test, light and electron microscopy. Quantitative data from morphometric analysis were statistically analyzed. Was demonstrated that the longitude of the nervous defect is one of the main factors in order to achieve the nervous regeneration. The highest regeneration success rates were obtained over a gap of 6 mm (0.87) and poor regeneration was seen in wider defects (0.12) ($\text{Chi}^2=0.001$). Two weeks following axotomy, progesterone-containing chambers produced both myelinated and unmyelinated regenerate axons than saline-treated controls who shown central acellular core surrounded by fibrous tissues. The progesterone-treated nerves produced a more mature organization of neural and vascular elements, including greater mean myelin area than saline-treated controls (ANOVA=p) and better response electrophysiologic (ANOVA=p). These results suggest that since a cable formed by this method support axonal regeneration, it has the potential to eliminate the need for a nerve graft to repair a gap in a nerve and using progesterone-containing chambers can have significant influence on neural regeneration.

VARIABILIDAD INTERSUJETO E INTERPRUEBA EN LA VESTIBULOMETRÍA POR AUTO-TORSIÓN

Gonzalo Corvera Behar, Jorge Corvera Bernardelli, Antonio Ysunza

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

El presente trabajo intenta determinar si la cuantificación del reflejo vestibulo-oculomotor a frecuencias altas de movimiento cefálico, es una prueba reproducible que refleje adecuadamente los cambios de función vestibular asociados a patología periférica crónica del laberinto posterior.

Para la cuantificación del reflejo vestibulo-oculomotor utilizamos en este estudio la medición de ganancia y fase mediante Vestibulometría por Auto-torsión (VAT), en donde un acelerómetro es fijado a una diadema en la cabeza del sujeto, la posición y velocidad angular de los ojos es medida mediante electro-oculografía, y una computadora analiza la relación entre el movimiento de la cabeza y el de los ojos durante movimiento cefálico voluntario, de lado a lado y de arriba a abajo, en sincronía con un tono generado por computadora que se incrementa en frecuencia de presentación desde 2 hasta 6 Hz.

Se utilizó a 17 voluntarios jóvenes sanos, realizándose VAT en dos sesiones diferentes, con una semana de intervalo entre cada sesión. Se analizó la variación en los valores de ganancia y fase de una sesión a la otra, para determinar si factores aleatorios como variación en la temperatura ambiental, posición de los electrodos, etc. introducían alteraciones significativas en los parámetros estudiados.

Los resultados mostraron que la variabilidad entre pruebas con este método, es poco significativa. En promedio de todas las frecuencias estudiadas, la ganancia varió menos de 2%, mientras que la fase demostró ser el parámetro más estable, con una variabilidad inferior al 0.1%.

En base a estos resultados, concluimos que los resultados obtenidos mediante VAT parecen reflejar cambios en la función vestibular con suficiente precisión como para ser un instrumento útil en la evaluación de protocolos de tratamiento de pacientes con enfermedades vestibulares, algo que ningún otro estudio paraclínico había demostrado lograr hasta la fecha.

FACTORES DETERMINANTES DE LA CURVA AUDIOMÉTRICA POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON IMPLANTES COCLEARES NUCLEUS 22 Y 24

Gonzalo Corvera Behar, Valeria Latilover Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Esta investigación fue encaminada a poder determinar cuales son los parámetros del implante que influyen en el umbral de detección de sonidos de baja intensidad, y por ende determinan el perfil de la curva audiométrica postoperatoria. Aunque la audiometría tonal no es el método ideal para cuantificar el resultado postoperatorio, nosotros consideramos que auxilia a la discriminación de lenguaje, que los sonidos en todo el espectro audible sean detectados a aproximadamente el mismo nivel de presión sonora relativa, en decibeles HL.

Siendo que hay varios parámetros de un implante multicanal que pueden influir en los umbrales, esta investigación se encaminó a determinar cuales de ellos tendrían un efecto mas previsible y consistente.

Para ello se utilizaron pacientes mayores de 10 años de edad, implantados con el sistema Nucleus 22 y 24. Inicialmente se les realizó una audiometría tonal con el implante programado en su modo habitual; posteriormente se repitió la audiometría después de: 1) Disminuir el número de electrodos activos a 1 sin disminuir el rango de frecuencias procesadas por el implante; 2) Aumentar los niveles "T" a 50% del rango dinámico; 3) Aumentar el valor "Q" al máximo; 4) Aumentar los niveles "T" y aumentar el valor "Q" simultáneamente; 4) Modificar la ganancia individual de los electrodos. Los resultados muestran que la forma mas directa de variar los umbrales auditivos es la manipulación de la ganancia, sin embargo los demás parámetros también mostraron un efecto significativo, llamando la atención que la manipulación de "Q" tuvo efectos contrarios a los esperados.

MANEJO DE ABSCESOS EN CUELLO

Jorge Enrique Cruz Ponce, Jesús Flores Dávila, Vicente José Villagómez Ortiz

Hospital Universitario "José Eleuterio González"

Un absceso profundo en cuello es una colección de pus en un espacio potencial delimitado por fascias; el cuello esta integrado por espacios potenciales, y cualquier infección puede diseminarse a través de ellos y afectar a estructuras vitales como grandes vasos o pares craneales, el conocimiento del cuello en sus espacios y fascias es un requisito para entender la etiología, sintomatología, complicaciones y tratamiento de los abscesos en cuello.

Se realizó un estudio prospectivo de Diciembre de 1997 a Abril 1999 servicio de Otorrinolaringología en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. En el que se compara 2 grupos de pacientes con abscesos en cuello, cada grupo está compuesto por 20 paciente seleccionados al azar. El grupo 1 fue tratado con clindamicina y amikacina y el grupo 2 con clindamicina.

En el estudio se compara la respuesta clínica entre el grupo 1 y el grupo 2, días de estancia intrahospitalaria, procedimientos quirúrgicos utilizados, localización de abscesos de acuerdo al grupo de edad y fallas terapéuticas.

ESTADIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD NASOSINUSAL DE LUND Y MACKAY EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. RESULTADOS

Bernardo Dávila Dávila, Miguel Angel Betancourt Suárez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

INTRODUCCIÓN: La rinosinusitis (RSN) es la inflamación de la mucosa nasal y de los senos paranasales, de etiología multifactorial, lo que hace difícil su manejo y requiere de un estudio adecuado. Esta patología es un problema de salud pública, y debido a diferentes factores cada vez mas aumenta su incidencia y prevalencia, de ahí que surge la necesidad de sistemas de estadifica-

ción, los cuales son auxiliares indispensables para la valoración de resultados de la terapéutica medica-quirúrgica y la estandarización de los mismos. Este sistema es el mas completo e integral hasta el momento, la cual valora, los signos y síntomas, la severidad y extensión de la enfermedad, así como los resultados del procedimiento quirúrgico realizado.

OBJETIVO: Demostrar la utilidad, objetividad y concordancia de la estadificación en la enfermedad nasosinusal llevada a cabo en el Departamento de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio prospectivo, longitudinal observacional y analítico, en el cual utilizamos, la estadificación de Lund y Mackay, en todos los pacientes con diagnóstico clínico y tomográfico de rinosinusitis tanto adultos como pediátricos, que son sometidos a un tratamiento quirúrgico por enfermedad nasosinusal, todos los pacientes se les realizo tomografía computada (TC) en cortes coronales y axiales, además de una historia clínica completa y el llenado de formato especial.

RESULTADOS: Se incluyeron 100 paciente, 45% del sexo masculino y 55% del sexo femenino, con edad promedio 35 años. Se presento enfermedad nasosinusal etmoidal anterior y posterior en un 51%, y esfenoidal en 30%. El síntoma principal fue obstrucción nasal 70% seguido de rinorrea posterior 60% y alteraciones del olfato 35%, siendo este síntoma el principal indicador de reactivación de su enfermedad.

CONCLUSIÓN: La estadificación que utilizamos cumple con los parámetros necesarios para hacer una adecuada evaluación de los pacientes ya que utiliza parámetros tomográficos, síntomas y hallazgos endoscópicos por lo que consideramos que dicho sistema es bastante objetivo lo que aumentan su validez, y se logra estadificar a los pacientes con patología nasosinusal para valorar los tratamientos idóneos y establecer el pronostico, además del adecuado seguimiento a corto mediano y largo plazo. Los hallazgos endoscópicos se correlacionan con la sintomatología del paciente no siendo así entre lo hallazgos tomográficos y la sintomatología, por lo que la tomografía es un instrumento no predictivo pero si indispensable para un adecuado abordaje quirúrgico, y los síntomas como los hallazgos endoscópicos si son parametros tanto de seguimiento así como para establecer un grado de severidad de la enfermedad.

ESTREPTOCOCCUS PNEUMONIAE RESISTENTE A LA PENICILINA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS EN EL NIÑO

Carlos De la Torre González, Demóstenes Gómez Barreto, Luz Elena Espinosa de los Monteros, Alicia Martha Alvarez Chávez, Hiram Alvarez Neri, Juan Carlos Mendoza López

Hospital Infantil de México "Dr. Federcio Gómez"

INTRODUCCIÓN: La colonización del tracto respiratorio es reconocida como un proceso dinámico entre el huésped y su medio ambiente ocurriendo cambios en la flora endógena debidos a la adquisición de nuevas espe-

cies bacterianas. Algunas de éstas tienen un carácter patogénico diferente y constituyen un riesgo potencial para el paciente que es portador. Estas bacterias, aunque pueden aislarse en pacientes sanos, constituyen una causa común de infecciones de las vías aéreas así como de otras enfermedades invasoras severas, tal es el caso de *S. Pyogenes*, *M. Catarrhalis*, *H. Influenzae* y principalmente *Streptococcus Pneumoniae*. Este último es considerado como uno de los principales agentes patógenos que afecta fundamentalmente a la población pediátrica y constituye el mayor porcentaje de la etiología de diversos procesos infecciosos de las vías respiratorias como, sinusitis, neumonía y otitis media. Hasta hace algunos años era considerado altamente sensible a la penicilina (1); sin embargo en la época actual el *S. Pneumoniae* ha adquirido mayor relevancia clínica en pediatría debido a la presencia de cepas resistentes a la penicilina y otros fármacos, situación que se ha incrementado en los últimos años.

Los reportes cada vez más frecuentes de resistencia a la penicilina (2-4) han motivado un cambio en la conducta terapéutica hacia esta bacteria (5). Los neumococos resistentes a la penicilina son ahora comunes en todo el mundo. Se han identificado en nuestro país cepas altamente resistentes (6) y con resistencia múltiple a otros antibióticos, sin embargo se desconocen las implicaciones clínicas de estos hallazgos en infecciones de vías respiratorias. El abuso de antibióticos y la quimioprofilaxis para el manejo de infecciones respiratorias recurrentes han contribuido al incremento de cepas resistentes identificadas principalmente en hospitales y en algunas guarderías como ha sido demostrado por Espinosa et al. (7).

Una característica importante del neumococo y que está relacionada con su patogenidad es el serotipo capsular presente en cada aislamiento ya que se ha observado su asociación con cuadros clínicos y grados de severidad diferentes (8-10). Por ejemplo, los serotipos más frecuentemente encontrados en pacientes con otitis media son: 19, 6, 23, 14, 3, 9, 11, y 18. Se ha demostrado que la edad y la localización geográfica son factores importantes en la distribución de los serotipos, así como la resistencia a antibióticos B-lactámicos (11,12), por lo que la serotipificación debe considerarse como una herramienta útil e importante para entender mejor estas relaciones, sobre todo para la correcta elaboración de la vacuna neumocócica.

PARÁLISIS FACIAL RECIDIVANTE, PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

Ma. del Carmen Del Angel Lara, Guillermo Hernández Valencia

Hospital Juárez de México

Se presentan cuatro pacientes con parálisis facial recidivante ipsilateral. Son tres pacientes del sexo femenino y uno del sexo masculino; dos de ellos presentaron 3 cuadros de parálisis facial, uno con cuatro episodios y uno con cinco cuadros.

Se reportarán los estadios clínicos de acuerdo a la clasificación para parálisis facial de House y Brackmann,

estudios audiológicos, de imagen, estudios de electropronóstico.

Se les realizó descompresión total del nervio facial, a tres de ellos mediante un abordaje combinado transmastoidoideo y por fosa media y al restante solamente mediante abordaje transmastoidoideo rebajando el domo del canal semicircular lateral. Se presentará evolución clínica, audiológica y electromiográfica.

CONGRUENCIAS E INCONGRUENCIAS DEL REFLEJO ESTAPEDIAL

Rafael Espinosa Ulloa

Hospital General del Estado

Des de los primeros años que empezamos a trabajar la Impedanciometría, encontramos en las lesiones del reflejo estapedial, algunos patrones verticales tipo JERGER, sin lesión eferente, por lo tanto sin parálisis facial y patrones verticales con hipoacusia. Fue entonces cuando a estos casos (que no podían explicarse), logramos encontrarles topografía lógica, dividiendo la vía del reflejo acústico en nueve niveles o relevos anatómico-topográficos en lugar de las cuatro neuronas, y combinándolos con las "caritas" de Jerger y complementándolos con la timpanometría y los estudios audiológicos convencionales, fue posible topografiar microlusiones que no eran detectables aún por otros medios como tomografía o computarizada o resonancia magnética.

RINOSINUSITIS CRÓNICA. ESTUDIO DE PREVALENCIA

Germán Fajardo Dolci, Adriana Mondragón

Hospital General de México, O.D.

La rinosinusitis crónica se define como la inflamación de la mucosa de la nariz y senos paranasales, por más de doce semanas. Es un padecimiento muy frecuente en el mundo; se ha estimado que afecta aproximadamente del 5 al 15% de la población urbana, se presenta aproximadamente en 31 millones de norteamericanos y se considera que va en aumento. En nuestro país no existen reportes acerca de la incidencia y la prevalencia. El propósito de este estudio es establecer la prevalencia de la rinosinusitis crónica de origen infeccioso (viral, bacteriana y micótica).

Se realizó un estudio transversal que comprende el estudio de pacientes con diagnóstico clínico, radiológico y en la mayoría de los casos, con cultivo, de rinosinusitis infecciosa por más de doce semanas a pesar de tratamiento médico adecuado, en un periodo de cinco años (1994 - 1999). Se obtuvo la prevalencia así como porcentajes, media, moda y mediana con relación a edad, sexo, factores predisponentes y sintomatología de los pacientes.

Un aspecto importante con relación a la validez del estudio radica en que el Hospital General de México es considerado un centro de concentración y la muestra obtenida es nuestro estudio es representativa; además de la relevancia que en la actualidad ha adquirido esta patología por su frecuencia.

GUÍA DE AUTOENSEÑANZA PARA EL MANEJO DE LÓBULO NASAL

Jaime Fandiño Izundegui, Nallely Mora Salinas, Francisco Roa Castro

Hospital Español de México

En la cirugía facial la rinoplastia es sin duda la reina, debido a su complejidad, y dentro de la rinoplastia la cirugía del lóbulo. La cirugía del lóbulo es sin duda el área que reviste mayor dificultad, y el resultado de una buena cirugía nasal depende desde el punto de vista cosmético primordialmente en el manejo del lóbulo. Si bien es cierto que el septum es la base de la cirugía nasal, y junto con la válvula nasal son las áreas que dado el punto de vista estrictamente funcional debemos de cuidar; la parte cosmética más importante es el lóbulo, ya que puede dejarnos alteraciones funcionales y estéticas muy marcadas que influirán en la psique del paciente.

Debemos recordar que lo importante para el lóbulo nasal, y por ende la punta, es que no se vea redonda, sino con ángulos, es importante hacer incapié que esto no es sinónimo de puntiaguda.

El éxito para una buena cirugía del lóbulo depende del soporte de la punta nasal y su influencia sobre la proyección de la misma son factores que debemos de tener en cuenta siempre, con la intención de lograr buenos resultados a largo plazo.

Es del conocimiento general que la diferencia entre un cirujano y otro es el resultado que se puede obtener en el lóbulo nasal, siempre y cuando no se altere la fisiología nasal. Para lo cual se han descrito infinidad de técnicas con la intención de lograr estos objetivos.

Material y método: se hace una revisión de las técnicas quirúrgicas más frecuentes durante la rinoplastia tomando en cuenta sus indicaciones, técnica y complicaciones, ilustrándolas con la ayuda de imágenes quirúrgicas y de pacientes con resultados a largo plazo. Conclusión: Al manejar el lóbulo nasal no debemos de perder de vista el aspecto funcional del mismo, así como buscar resultados a largo plazo.

INFARTO DEL PEDÚNCULO CEREBELOSO MEDIO (IPCM) Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON VÉRTIGO PERIFÉRICO

Carlos Flores Carranza, Jorge Amador A., María Fernández O., Kenia Baños Hernández

Hospital Juárez de México

El síndrome de infarto arterial del pedúnculo cerebeloso es una entidad muy rara. Debido a que hasta antes de la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) no teníamos un estudio adecuado que nos permitiera detectar lesiones de milímetros en esta zona, ya que la tomografía computada (TC) no detecta dichas lesiones debido a los artefactos que se producen por la presencia de por la presencia de los huesos temporales. Estos pacientes presentan vértigo súbito incapacitante, acompañado de fenómenos vegetativos, alteración de la marcha, en ocasiones diplopia, por lo que debe hacerse diagnóstico diferencial con alteraciones vestibulares periféricas.

Las características cardinales del infarto del pedúnculo cerebeloso son: se presentan en sujetos en la cuarta

década de la vida, sanos, y con un cuadro de instalación de segundos, con una duración aproximada de diez días del evento grave; mejoría del cuadro en 20 días, pudiendo incorporarse y realizar la deambulación y recuperación ad integrum aproximadamente a los 30 días.

Se mencionan algunas características que pueden ayudar a hacer el diagnóstico diferencial entre vértigo de origen central y periférico.

INCIDENCIA Y AVANCES EN ABORDAJES TRANSEPTAL, TRANSENFENOIDALES EN EL C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"

Lourdes Ivonne García Hernández, Francisco Manuel Sánchez Ortega, Joel Cruz Hernández, Ma. América Valverde Cobarrubias, Ma. de Jesús Villalba Calderón, Juan Carlos Pérez Cancino, Javier Mohue Woo, Miriam Carmona Aparicio, Griselda Martínez Mendez

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

INTRODUCCIÓN.- Cada vez es más frecuente el llamado a los otorrinolaringólogos para realizar la exposición quirúrgica de la silla turca a los neurocirujanos por vía transeptotransesfenoidal. Los tres abordajes más comunmente utilizados a nivel mundial, son: el abordaje transnasal transeptal, el sublabial transeptal y la rinoplastia externa.

MÉTODOS.- Se realizó una revisión de los pacientes sometidos a cirugía de hipófisis por abordajes transeptotransesfenoidales vía transnasal o sublabial, desde 1994 hasta 1999, analizando la incidencia en cuanto a edad, tipo de tumoración, recidivas, complicaciones y sintomatología nasal pre y postquirúrgica; además de la introducción de la cirugía endoscópica para el abordaje, en el cual hemos tenido buenos resultados.

RESULTADOS.- coincidiendo con la literatura mundial (revisión por medline de 1966 a 1999), las complicaciones y secuelas postquirúrgicas se encuentran en un promedio dentro del rango mundial, y en cuanto a la introducción de la endoscopia, se requiere de mayor seguimiento de los pacientes para realizar un adecuado análisis entre los abordajes habituales y con endoscopia.

EL IMPLANTE COCLEAR, CRITERIOS ACTUALES DE SELECCIÓN Y RESULTADOS

Emilio García Ibañez, Alicia Álvarez Chávez, Benito López M.

Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"

INTRODUCCIÓN. El Implante Coclear representa, hoy en día, una solución real para corregir la hipoacusia o minimizar su consecuencia. Los continuos avances dentro de la tecnología y las mejoras introducidas en la técnica quirúrgica nos proporcionan logros cada vez más exitosos.

OBJETIVO. Plantear los nuevos criterios de selección de los candidatos a implante coclear y mostrar los resultados y complicaciones de los pacientes implantados en el Instituto de Otología "García Ibañez".

MATERIAL Y MÉTODOS. El periodo contemplado abarca desde Mayo de 1985 hasta Febrero de 1998. Se practicaron un total de 76 implantes, 6 de los cuales

fueron monocal y 70 multicanal. En esta población, 64 pacientes eran postlinguales y los 12 restantes prelinguales. Tras la implantación se ajustó el procesador del lenguaje y se evaluó mediante niveles audiométricos y pruebas de discriminación, el rendimiento obtenido con los mismos a los 6 meses, 1 año y 3 años de la implantación. **RESULTADOS.** Se destaca el claro aumento de discriminación en los dos primeros años, más marcado entre el primero y el segundo, que entre el segundo y el tercero. Hay un claro rendimiento por encima del 50% para todos los tests en los pacientes postlocutivos. Mientras que en los prelocutivos la discriminación de bislabos en listas abiertas y frases abiertas sin apoyo los resultados fueron más bajos. Sólo se produjeron dos complicaciones: extrusión por traumatismo y falta de respuesta por tratamiento de radioterapia en NF tipo II. **CONCLUSIONES.** El rendimiento obtenido en los pacientes postlocutivos es claramente alentador y en los prelocutivos los beneficios, aún siendo menores, tienen una gran trascendencia por cuanto facilitan en gran manera el aprendizaje del lenguaje y por ende la adquisición de un nivel cognoscitivo mayor. En cuanto a las complicaciones, éstas tienen carácter puramente incidental cuando el equipo médico está bien preparado.

TIMPANOPLASTÍA EN NIÑOS

León Felipe García Lara, Martha Matus V., Carlo Pane Pianese

Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos

La otitis media y los traumatismos óticos en los niños son eventos que pueden condicionar la presencia de una perforación timpánica que requiera tratamiento quirúrgico, sobre todo en los casos bilaterales, con la finalidad de reestablecer la integridad anatómica, mejorar la capacidad auditiva, no retrasar el desarrollo del lenguaje ni alterar el rendimiento escolar. Además de los factores que pueden contribuir a un fracaso en una timpanoplastia en los adultos, en los niños se agregan otros que hacen que el procedimiento pueda ser menos exitoso. La participación de infecciones frecuentes o recurrentes de la vía respiratoria superior y un conducto auditivo externo estrecho deben tomarse en cuenta para prevenir malos resultados postoperatorios. Presentamos la experiencia en la realización de timpanoplastias en niños haciendo mención al manejo preoperatorio, las dificultades técnicas transoperatorias y las recomendaciones para obtener un adecuado resultado anatómico y funcional.

MICOSIS DE CABEZA Y CUELLO Y ÁREAS OTO-RRINOLARINGOLÓGICAS, EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Daniel González Dorantes, Enrique Azuara Pliego
Instituto Nacional de Pediatría

Se presenta un trabajo de análisis retrospectivo, longitudinal del área clínica, en el que se revisan todos los expedientes con diagnóstico de micosis en cabeza y cuello; del Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo de enero de 1992 a septiembre de 1999. Se analizaron sexo, edad, principales agentes micóticos patógenos,

enfermedades predisponentes y/o concomitantes, diagnóstico, tratamiento antifúngico empleado y evolución de los pacientes. En esta revisión encontramos 170 pacientes con diagnóstico de micosis en cabeza y cuello, en el periodo antes mencionado, dicha patología no tuvo predominio en sexo; la edad promedio de los pacientes fue de 6 años; los agentes patógenos más frecuentemente cultivados fueron *Candida*, *Aspergillus* y *Mucor*, en orden de frecuencia. Encontramos que el 41% de los pacientes tenía como enfermedad primaria algún tipo de leucemia y el 100% alguna enfermedad sistémica predisponente y/o concomitante. El tratamiento médico más comúnmente empleado fue la nistatina, anfotericina B e imidazoles. La desbridación quirúrgica se empleó en 2 casos. La evolución de los 170 pacientes no pudo ser determinada debido a la interrupción frecuente en el seguimiento. Sin embargo encontramos que 32 pacientes fallecieron probablemente debido a su padecimiento sistémico y sus complicaciones.

ESTUDIO COMPARATIVO DE MOMETASONA Y BECLOMETASONA PARA RINITIS ALÉRGICA: EFICACIA, TOLERANCIA Y CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO

Teresa González Galindo, Jesús Miranda Loa, Andrés Sánchez González, Miguel Ángel Azpeitia Torres, Antonio Tirado Díaz, José Lázaro Aguilar Núñez, Marco Antonio Pérez de la Sancha

Hospital de Concentración ISSEMYM Satélite

Ensayo clínico controlado, doble ciego, aleatorizado para dos grupos, comparativo de 291 pacientes entre 16 y 60 años con diagnóstico de rinitis alérgica perenne para comparar la eficacia, tolerancia y cumplimiento en el tratamiento durante 90 días de furoato de mometasona a dosis de 200 mcg en unidosis y 400 mcg de dipropionato de beclometasona fraccionado en dos dosis al día. Los resultados sugieren que mometasona en unidosis de 200 mcg es significativamente más eficaz ($p < 0.01$) para el control de la rinorrea hialina a 30 días y para el alivio de la congestión nasal tanto a corto como largo plazo en comparación con beclometasona a dosis de 200 mcg cada 12 hrs, con menor incidencia de epistaxis (6.52%) en comparación con beclometasona (13.33%). Considerando además la ventaja de aplicarlo sólo una vez al día que al ofrecer comodidad para el paciente asegura mayor porcentaje de cumplimiento en el tratamiento.

TUBOS DE VENTILACIÓN EN "T" CONTRA TUBOS DE VENTILACIÓN DE HIDROXILAPATITA EN NIÑOS CON SECUELAS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

Dina Fabiola González Sánchez, Gonzalo Corvera Behar

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Los pacientes con labio y paladar hendido (LPH) que cursan con otitis media serosa bilateral (OMSB), requieren de colocación de tubos de ventilación (TV) en múltiples ocasiones; por lo que, para tratar de disminuir el número de cirugías, realizamos un estudio comparativo entre TV de hidroxilapatita y TV en T de silicón,

analizando el tiempo de permanencia y funcionalidad de cada uno de ellos. Incluimos en nuestro estudio 10 pacientes con diagnóstico de secuelas de LPH y OMSB entre 1994 y 1996, se separaron en dos grupos de 10 oídos cada uno, al grupo 1 se les colocó TV de hidroxilapatita y al grupo 2 se les colocó TV en T de silicón de 1.14X12mm, de tal manera que el mismo paciente fue grupo experimental y su propio grupo control, realizándose una audiometría preoperatoria y posoperatorias de control al mes y a los 3 y 6 meses.

En cuanto al tiempo de permanencia, no encontramos una diferencia estadísticamente significativa con una $P=0.47$, así como en cuanto al funcionamiento tampoco encontramos diferencia estadísticamente significativa del umbral auditivo entre el grupo experimental y el grupo control con una $P=0.013$ y $P=0.03$ respectivamente. Consideramos que en nuestro estudio la tasa de extrusión de los TV de hidroxilapatita fue mayor a lo reportado, no encontrando diferencia funcional entre un grupo y otro.

PSICODINAMIA DE LA SORDERA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Dina Fabiola González Sánchez, Jorge Corvera Bernardelli

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Objetivo. Evidentemente los problemas de audición presentan aspectos psicológicos variados tanto para el sordo como para los miembros en su entorno. Sin embargo, los artículos científicos que tratan de este tema son escasos.

El propósito de este tema es dar un panorama del tema, basándose en la bibliografía asequible. Origen de los datos. Se localizaron los artículos pertinentes en Medline y en revistas no listadas, disponibles en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana y en el Hospital Juan N. Navarro de la ciudad de México.

Los libros se localizaron en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. Criterios de selección del material. Los artículos se seleccionaron por los autores, en base de la aparente consistencia interna y relación con el propósito de la revisión. Conclusión. Los efectos nocivos sociales, laborales y psicológicos de la hipoacusia son reales, y varían con la edad de presentación, la adaptación a la deficiencia y la aceptación por la comunidad en general.

La paliación de sus daños depende de padres preparados, adecuados programas de educación tanto escolar como laboral, y terapia de sostén basada en las necesidades personales, familiares, escolares, laborales y sociales específicas de cada persona sorda y su entorno. Consideramos que el número de artículos y de libros que tratan del tema no son suficientes y que los temas no siempre son tratados en forma objetiva.

Es conveniente promover la realización y publicación de estudios interdisciplinarios relacionados con este tema.

Cambios histopatológicos de la mucosa nasal en pacientes que habitan la zona metropolitana del Distrito Federal y pacientes que habitan fuera del Distrito Federal

Angel Gerardo González Valero, Daniel Bross Soriano, Sara Parraguirre

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Se realizó un estudio prospectivo en 60 pacientes a quienes se les tomó biopsia de la mucosa nasal (cornete inferior) y se analizó por el departamento de patología para observar los cambios histológicos. Los resultados fueron comparados entre si dividiendo a los pacientes en dos grupos: pacientes que habitan en el distrito federal y otro de pacientes que habitan fuera de la zona metropolitana.

El estudio fue realizado en forma ciega para el patólogo, pues no conoció el lugar de procedencia del paciente. Existen pocos estudios clínicos en nuestro país que muestren cambios histológicos correlacionados a la contaminación, de los existentes la mayor parte han sido realizados en niños o relacionados a la búsqueda de biología molecular del cáncer.

En este estudio se revisó la histología para buscar cambios en epitelio como pudiera ser la metaplasia escamosa o hiperplasia pseudoepiteliomatosa, los cambios en el estroma y la distribución de las glándulas en el tejido de muestra, así como la presencia de células inflamatorias (linfocitos, células plasmáticas).

RESULTADOS PRELIMINARES EN LA NORMALIZACIÓN DE LA AUDIOMETRÍA DE ALTAS FRECUENCIAS EN PERSONAS NORMOYENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Ileana del Socorro Gutiérrez Farfán, Edy Osorio Torres, Armando Solís Chávez

Instituto Nacional de la Comunicación Humana "Dr. Andrés Bustamante Gurría"

La aplicación primaria de la audiometría de alta frecuencia es útil en pacientes que tienen sospecha de otopatologías debidas a causas exógenas o endógenas, incluye la valoración de las frecuencias de 8 a 18 KHz. El objetivo de este estudio fue estandarizar esta prueba en la población normoyente que acude al Instituto Nacional de la Comunicación Humana, sin sintomatología alguna. Se evaluaron 200 oídos.

El análisis estadístico fue por t de student con un intervalo de confianza del 95%.

Se realizaron medidas de tendencia central encontrando una Media de 32.8, Mediana de 34, Moda de 35, Rango de 16. En el análisis por frecuencias en ambos oídos obtuvimos en la audiometría de altas frecuencias respuestas en dB mayores a 20, excepto en 17 y 18 KHz cuya respuesta estuvo entre 25.6 y 27.6 dB.

En el análisis de respuesta en decibelios entre ambos oídos sólo existió diferencia significativa mayor de 0.05 en las frecuencias de 9, 10, 11, 16 y 17 KHz.

Se concluye que se puede considerar como normal la audiometría de altas frecuencias en los pacientes cuya respuesta es menor a 20 dB con excepción de 17 y 18 KHz con respuesta promedio de 25 a 28 dB.

ENFERMEDAD TIROIDEA EN ORL, PATOLOGÍA QUIRÚRGICAS POCO FRECUENTES

René Eduardo Guzmán Urrutia, Héctor Prado Calleros, Miguel García García, Daniel Bross Soriano, José Schimelmitz Idi
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Con el objeto de presentar al Otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello la patología tiroidea mas inusual; para lo cual se realizo una revisión retrospectiva de 10 años 1989 a 1999 de todos los expedientes de pacientes que se presentaron al departamento con enfermedad tiroidea poco común: Se obtuvieron en total 11 casos: Tiroides ectopica submental, tiroides ectopica lingual, tiroiditis supurada, bocio multinodular, y casos de metástasis cervicales de tiroides con carcinoma oculto, carcinoma papilar de tiroides en quiste de ducto tirogloso y tres casos que simulaban carcinoma tiroideo y que finalmente fueron : un quiste branquial, un carcinoma osteogenico y un quiste dermoide. De cada caso se presenta la información clinica, citologica, imagenologica, terapéutica y una pequeña revisión de la patología. Dichos casos representan un espectro atipico de enfermedad tiroidea, que aunque poco frecuentes se requiere de su conocimiento y protocolizacion de estudio para poder proveer de un tratamiento adecuado por el otorrinolaringologo y cirujano de cabeza y cuello.

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS POSTCIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO. UTILIDAD DEL MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN.

Lilian Hernández García, Jorge Alvarez de la Cadena
Hospital de la Fé

Introducción :Las complicaciones hemorrágicas se presentan entre 1 y 2 % del total de cirugias de cabeza y cuello. Se han atribuido como principales factores independientes para el desarrollo de hemorragia, la ingesta de medicamentos, descontrolos tensionales perioperatorias y causas atribuibles a la respuesta anestésica. Es el objetivo del presente estudio determinar la utilidad del Monitoreo ambulatorio de presión en pacientes que presentan complicaciones hemorrágicas que han sido sometidos a cirugía de cabeza y cuello. Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y transversal entre Enero de 1996 y Enero de 1999 Criterios de inclusión: Ambos sexos sin límites de edad, con valoración preoperatoria, cifras tensionales previas a cirugía no mayores de 140/90 mmhg. Sometidos a cirugía de cabeza y cuello sin importar tipo y o indicación de la misma. Los pacientes que presentaron hemorragia y/o formación de hematoma postquirurgicos fueron evaluados por cardiólogo y sometidos como externos a Monitoreo ambulatorio de presión arterial por 24 horas. Se incluyo un grupo control de 20 pacientes sin complicaciones hemorragicas. El análisis estadístico se realizo por medio de Chi cuadrada y t de student. Resultados: 228 cirugias solo 106 con criterios de inclusión 62 mujeres y 44 hombres con una edad promedio de 66.6 años .14 presentaron complicaciones hemorrágicas solo 11 con criterios de inclusión 7 mujeres y 4 hombres sometidos 7 a Ritidectomia y 4 a septoplastia y/o drenaje de hematoma de dorso. Nueve pacientes

(81%) fueron positivos para Hipertensión arterial sistémica por medio de Monitoreo de presión contra solo 20% del grupo control (p). Siete (77%)de los nueve pacientes No se conocian hipertensos. La tensión arterial media promedio en los pacientes positivos fue 112 mmhg contra 96 mmhg del grupo control (p)

Conclusiones : La presencia de complicaciones hemorrágicas en el adulto sometido a cirugía de cabeza y cuello es baja, cuando esta se presenta la posibilidad de ser secundario a hipertensión arterial sistémica en descontrol es mayor al 80% según nuestra serie, y no secundaria a elevaciones tensionales transitorias previamente descritas. , (Estrés, dolor, efecto anestésico) Estos pacientes deberán de ser evaluados por cardiología y con Monitoreo ambulatorio de presión ya las tres cuartas partes de ellos serán hipertensos ya sea de reciente diagnóstico, o con descontrol crónico. Su diagnóstico y control beneficiara en la morbi-mortalidad a largo y mediano plazo.

MIXOMA DEL SENO MAXILAR

Mario S. Hernández Palestina, Rafael Zárate García, Verónica Eduwiges Alvarez Guzmán, Nuria Cristina Cárdenas Maldonado
Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos

Los mixomas en cabeza y cuello se pueden derivar del esqueleto facial y de los tejidos blandos de la cara, paraorales, párpados, nasofaringe, laringe, parótida y oído. En senos paranasales representan menos del 0.5% de las neoplasias de esa región. Son tumores benignos, con crecimiento local invasivo. No metastatizan.

Son tumores mesenquimatosos de histiogénesis incierta, se piensa que se originan de tejido dental, relacionados a piezas dentales no erupcionadas o pérdidas dentales.

Se presenta el caso de una mujer de 41 años, con padecimiento de dos meses de evolución, caracterizado por aumento de volumen en área de proyección de seno maxilar izquierdo, de consistencia dura, no dolorosa. Obstrucción nasal, epifora y dolor en arcada dental superior izquierda. En la exploración, se encontró asimetría facial por aumento de volumen en la región descrita, con piel de características normales. La nariz con desplazamiento medial de la pared lateral izquierda, sin secreciones, protrusión a nivel gingival desde canino superior hasta el segundo molar superior izquierdo. Se realizó tomografía computada y posteriormente ventana anterior del seno maxilar con toma de biopsia que hizo el diagnóstico histopatológico de mixoma.

Macroscópicamente era una masa lobulada, gelatinosa, de consistencia blanda, color amarillento, no sangrante, cubierto por una pseudocápsula. Microscópicamente con patrón hipocelular, células pequeñas en forma estrellada, envueltas por un estroma mixoide, sin mitosis o atipias. Inmunohistoquímicamente fue positivo para vimentina y actina.

La conducta biológica de estos tumores es agresiva, por lo que el tratamiento de elección es la resección radical.

En este caso se realizó maxilectomía media izquierda mediante incisión de rinotomía lateral.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con neoplasias de las células de Schwann, tumores fibroblásticos como fibroma condromixóide, condrosarcoma mixóide, histiocitomas y lesiones fibroósas.

LESIONES CONGÉNITAS CERVICALES

Mario S. Hernández Palestina, Mónica Torres Sáenz
Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos

Se presenta la experiencia obtenida en 29 pacientes con lesiones congénitas cervicofaciales en el periodo comprendido de mayo de 1984 a septiembre de 1999.

Se encontró que predominó ligeramente el sexo femenino, el 39% de los pacientes tenían antecedente de cirugía previa y recidiva por resección incompleta. La lesión más frecuentemente encontrada fue el quiste tirogloso en 9 pacientes, seguido de lesiones de primera hendidura branquial (quistes y fistulas) en 7 pacientes, y 4 pacientes con lesiones de segunda hendidura. Otro tipo de lesiones incluyeron 3 hemangiomas parotídeos, un quiste dermoide, teratoma, linfangioma y un quiste laríngeo. Todos los pacientes evolucionaron sin recidiva después del manejo quirúrgico.

COLESTEATOMA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Silvio Jurado Hernández, Víctor Quirós Cortés,
Rodolfo Valencia Martínez
Hospital General C.M.N. "La Raza"

Introducción. El primero en describir el colesteatoma fue Toynbee en 1850 la cual define como "una acumulación de epitelio". Existen dos entidades similares la queratitis obliterante y el colesteatoma de conducto. Ambas entidades consideradas diferentes desde 1980 cuando Piepgerdes define la queratitis obturans como la acumulación de queratina descamada en el conducto auditivo externo y el colesteatoma de conducto consiste en la erosión localizada en el hueso temporal por tejido escamoso. Su etiología es incierta, sin embargo existen varias teorías para el desarrollo del colesteatoma de conducto. Desarrollo postquirúrgico; En el sitio de la incisión del colgajo timpanomeatal, resulta una inversión de los bordes de la piel y a partir de estos se desarrolla el epitelio excesivo. Secundario a trauma; Interrupción de la integridad de la piel del canal. Aparición espontánea y desarrollo; La causa exacta del colesteatoma del conducto se desconoce una teoría es la presencia de periostitis del hueso del canal como desencadenante, seguido de inflamación crónica de la piel con posterior desarrollo de colesteatoma por aumento de la actividad queratítica anormal. Su localización más frecuente es la pared inferior y posterior del conducto en el tercio interno, generalmente es unilateral. Su incidencia es de uno en mil pacientes con patología otológica. Con misma prevalencia en ambos sexos. Presentándose en pacientes mayores de 50 años. Estadios. Superficial. Pequeña lesión localizada. Su tratamiento es a base de curaciones frecuentes y extracciones en consultorio. Locali-

zado. En una bolsa de canal óseo. Se trata quirúrgicamente vía transcanal, con retiro de patología, en ocasiones es indispensable la colocación de un colgajo de piel. Extensión a mastoides. Requiere de un abordaje retroauricular (timpanomastoidectomía).

EXPERIENCIA EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA DE REINKE

Masao Kume Omime, Mario Alberto Morales Rivera,
Amanda Violeta Rodríguez Infante
Clínica para los Cuidados de la Voz y

Otorrinolaringología, Hospital Angeles del Pedregal

El edema de Reinke es una patología benigna muy frecuente del repliegue vocal que se caracteriza por un marcado edema subepitelial de varios grados de intensidad y en relación muy estrecha con el hábito de fumar y abuso vocal predominantemente en mujeres. Es una lesión que afecta las propiedades mecánicas y funcionales de la cuerda vocal por lo que su tratamiento es uno de los objetivos principales de la fonocirugía. Objetivo: Reportar nuestra experiencia en el manejo del edema de Reinke a través de la evaluación clínica objetiva, describiendo las técnicas de microcirugía endolaringea convencional y con Láser mostrando los resultados obtenidos en nuestra clínica en los últimos 10 años. Material y Métodos: Revisión retrospectiva de los expedientes y videos de 67 pacientes con edema de Reinke evaluados en la Clínica para los Cuidados de

la Voz desde 1989-1999 analizando el manejo clínico, exploración estroboscópica y las técnicas quirúrgicas a través de una ficha de recolección de datos. Resultados: Se revisaron 67 pacientes de 30 a 74 años con una edad promedio de 52 años, 78% del sexo femenino y 22% del sexo masculino, el 82% (55 pacientes) fue intervenido. 63 pacientes (94%) presentaron antecedentes de tabaquismo intenso y 13 pacientes (19%) de abuso vocal con disfonía como sintoma principal (88%). Todos los pacientes fueron evaluados con equipo de video laringoestroboscopia siendo los hallazgos más comunes: electroglotografía (EGG) regular con frecuencia fundamental (Fo) baja, cierre glótico completo y fase de cierre prolongada, onda mucosa aumentada, amplitud conservada con asimetría y aperiodicidad del movimiento vibratorio. Las lesiones fueron clasificadas en 3 grados: tipo I (leves), tipo II (moderadas) tipo III (severas) siendo más frecuentes las tipo II (21%) y III (27%). La Microcirugía con Láser CO2 fue la técnica quirúrgica más utilizada (33%) con procedimiento bilateral (27%), seguida de la convencional (17%) y combinada (5%). La evolución post operatoria fue satisfactoria con parámetros estroboscópicos normales al mes en la mayoría de los casos (78%) y solo 12 pacientes requirieron terapia vocal por abuso vocal (22%). El número de recurrencias fue muy bajo (4%) debido a la continuación del hábito tabáquico. Conclusiones: El edema de Reinke es una patología que debe ser manejada objetivamente con un tratamiento quirúrgico de mínima invasión que implica el conocimiento de la microestructura anatómica de la cuerda vocal y de las técnicas que aseguren la conservación de la mucosa del borde libre del repliegue vocal. Asimismo estar acompañado de terapia vocal, cese del

hábito de fumar y control del reflujo laringofaríngeo y gastroesofágico para evitar recidivas.

INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE CABEZA Y CUELLO

Jesús Miranda Loa, Arturo Hernández Cuellar, Teresa González Galindo

Hospital General de México, O.D.

En México, existe poca información a cerca de las enfermedades nosocomiales, y aún menos en pacientes oncológicos de cabeza y cuello, por lo que nos dimos a la tarea de estudiar dicha problemática, teniendo como objetivos: Determinar el tipo de gérmenes más comunes, determinar la sensibilidad a los antibióticos, proponer el uso racional de los antibióticos de acuerdo a su sensibilidad y por último valorar las alteraciones en la biometría hemática ante status neoplásico-infeccioso.

Es un estudio prospectivo, lineal y observacional durante 4 meses, con 20 pacientes hospitalizados y programados para cirugía de cabeza y cuello, con edades entre 25 y 89 años, a quienes se les tomó cultivos de cavidad oral y nasal, tumor ulcerado, fístulas y traqueostoma. Resultados: en cavidades los gérmenes más frecuentes fueron enterobacterias y gram positivos, y en áreas de tumor, fístula o traqueostoma prevalecieron gérmenes gram negativos; el antibiograma reportó resistencia impresionante a los antibióticos más usados, siendo sensibles a generaciones más recientes, finalmente la biometría hemática no presentó alteraciones significativas. Por tal motivo se concluye que los gérmenes prevalentes en pacientes con tumores cabeza y cuello son más agresivos y resistentes a los antibióticos comúnmente usados, por lo que es necesario la profilaxis con antibióticos de amplio espectro, cubriendo gram negativos y enterobacterias, y dado que los exámenes de laboratorio son importantes parámetros del estado de salud o enfermedad de un paciente, hay que considerar que la biometría hemática puede no modificarse ante infecciones francas en estos pacientes que se encuentran inmunocomprometidos por el padecimiento neoplásico.

MANEJO DE LA HIPERTROFIA DEL CORNETE INFERIOR MEDIANTE EL USO DEL MICRODEBRIDADOR.

Mauricio Morales Cadena, Beatriz Vargas H., Isaac Haro Hospital Español de México

Objetivos: determinar la eficacia del uso del microdebridador en pacientes con hipertrofia de cornetes, así como los cambios histopatológicos que se presentan en la mucosa, antes y después de su utilización. Establecer el pronóstico a largo plazo. Materiales y Métodos: estudio prospectivo de 11 pacientes (22 procedimientos) con obstrucción crónica nasal secundaria a hipertrofia de los cornetes inferiores, refractarios al tratamiento médico, a quienes se les realizó resección submucosa con el microdebridador. Tomando biopsia prequirúrgica y postquirúrgica para la evaluación de los cambios histopatológicos. Resultados: demuestran una mejoría clínica como cambios regenerativos en la mucosa del cornete inferior.

CIRUGÍA POCO FRECUENTE DEL ESTRIBO

Mónica Liliana Moreno Yáñez, Guillermo Hernández Valencia, Ma. Del Carmen Del Angel Lara Hospital Juárez de México

Se presentarán 8 pacientes a los cuales se les realizó cirugía del estribo. El caso 1, es femenina de 7 años de edad con diagnóstico de otosclerosis a quien se realiza estapedectomía. El caso 2, es femenina de 14 años que se somete a revisión de oído medio con diagnóstico de probable desarticulación de cadena oscicular, encontrando espicua ósea unida a la membrana timpánica, que correspondía al estribo y ventana oval sellada por neomembrana, se coloca prótesis de TORP. El caso 3, es masculino de 43 años con diagnóstico de oído congénito y otosclerosis bilateral, que se somete a canaloplastia con colocación de injerto de fascia homóloga izquierdo. En el oído derecho se realiza estapedectomía. El caso 4, es femenino de 49 años, que se somete a revisión de oído medio derecho, durante el procedimiento se realiza punción de platina con microfresa y extracción de estribo detectándose fijación incudomaleolar por lo que se moldea el yunque y se coloca el mismo de ventana oval a membrana timpánica. El caso 5, femenino de 63 años con diagnóstico de hidrops endolinfático izquierdo, se somete a revisión de oído medio y colocación de tachuela de Cody. El caso 6, femenino de 10 años con diagnóstico de síndrome facioaudiosinfalangismo, a quien se realiza revisión de oído medio y colocación de prótesis de TORP. El caso 7, femenina de 27 años con diagnóstico de síndrome de Van Der Hoeve (osteogénesis imperfecta), con otosclerosis que requiere estapedectomía derecha. El caso 8, masculino de 10 años de edad quien presenta hipoacusia conductiva unilateral izquierda, se somete a revisión de oído medio y se encuentra ausencia de rama larga del yunque y supraestructura del estribo, ventana oval con foco de otosclerosis y cuerda del timpano engrosada. Se coloca prótesis tipo TORP. Se presentará evolución clínica, hallazgos a la exploración física, de imagen, audiológicos, quirúrgicos, así como evolución postoperatoria tanto clínica como audiológica.

MONITORIZACIÓN FACIAL EN CIRUGÍA DEL SCHWANOMA VESTIBULAR

José Juan Narvaez Huerta, Carlo Pane Pianese, Miguel Ramos Peek

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Se mostrará el uso del electroestimulador XOMED, para monitorización de nervios craneales, mostraremos el caso de una paciente con diagnóstico de Neurinoma Vestibular Derecho, la cual se sometió a exéresis de la lesión mediante abordaje de Fosa Posterior, colocando electrodos en aguja en músculos de la región hemifacial para monitorizar nervios facial y trigémino, una vez realizado el abordaje y expuesto el tumor, se procede a colocar el estimulador sobre el tumor para identificar cambios electrofisiológicos en el aparato de una vez que se está lo más cerca posible del nervio a estimular (facial o trigémino), una vez identificado el sitio se procede la exéresis del tumor, corroborando en varias ocasiones mediante estimulación la viabilidad del nervio estimu-

lado. Así mismo se mostrará la evolución del paciente en cuanto a la conservación de la función facial.

INCIDENCIA Y MANEJO DE LA PATOLOGÍA OTOLÓGICA ASOCIADA A ADENOAMIGDALITIS CRÓNICA EN NIÑOS CON LABIO Y PALADAR HENDIDO

Maria Eugenia Nolasco Granados, Andrea Alcalá H. Hospital General C.M.N. "La Raza"

La adenoamigdalitis crónica es una de las patologías infecciosas que con mayor frecuencia se presentan en nuestra población infantil, y los niños con labio paladar hendido no son la excepción. Si partimos de la premisa que las hendiduras labio-palatinas son uno de los defectos congénitos compatibles con la vida que más afectan al ser humano con una incidencia mundial de 1: 1,950 nacidos vivos, sólo superado por el pie equino varo, y que esta malformación trae aparejada problemas de fonación, lenguaje, deglución y audición, esta última debe ser detectada y manejada en forma oportuna por el Otorrinolaringólogo.

El objetivo del presente estudio es determinar la incidencia de patología otológica asociada a adenoamigdalitis crónica en niños con labio -paladar hendido, y mostrar las opciones terapéuticas, así como los resultados obtenidos.

TÉCNICAS DE ALTA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA DE LA OTOESCLEROSIS

Luis A. De J. Ortiz Armenta Centro Médico San José

Presentar una técnica quirúrgica para el tratamiento de la otoesclerosis, que es altamente segura en relación de las técnicas actualmente utilizadas, puede producir menos trauma quirúrgico al oído interno, y por lo tanto una menor incidencia de vértigo o de hipoacusia neurosensorial postquirúrgicos, aun en manos de cirujanos no experimentados e independiente de la prótesis que se utilice. **Material y Métodos:** Se presenta la técnica quirúrgica de alta seguridad, mediante diapositivas y video paso a paso, y se compara con la técnica tradicional, haciendo énfasis en las ventajas de utilizar un sistema fijo de cadena oscilar en relación de utilizar un sistema móvil de la cadena oscilar, al momento de instalar la prótesis. Finalmente se presentan las complicaciones que se pueden presentar, y la manera de resolverlas. **Resultados:** se presentan los resultados obtenidos en 50 pacientes con otoesclerosis, tratados con la técnica de alta seguridad, señalando las complicaciones.

DISPLASIA FIBROSA CRANEOFACIAL

Laureano Palacio Zurita, Enrique Azuara Pliego Instituto Nacional de Pediatría

Presentamos la experiencia en el manejo de pacientes con displasia fibrosa cráneo-facial (DFCF). En el servicio de Otorrinolaringología (ORL) del Instituto nacional de pediatría (INP).

Se muestra la revisión retrospectiva de Enero de 1992 a Septiembre de 1999, de 6 pacientes que ingresaron al servicio con diagnóstico de DFCF. Se determinó el sexo,

la edad, sitio de afección primaria, diagnóstico radiológico, tratamiento quirúrgico y su evolución postquirúrgica y recidivas.

Se realizó tratamiento quirúrgico con resultados satisfactorios a corto y largo plazo en cinco casos y el cuarto caso presentó recidivas y complicaciones severas, por la invasión tumoral a estructuras vitales, como es el seno cavernoso y extensión intracraneal, así como afección a órganos de gran importancia para la vida de relación como son los ojos, nariz y senos paranasales.

El diagnóstico se confirmó en todos los casos, con el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

EXPERIENCIA EN EL USO DE ALIMENTACIÓN ENTERAL CON SONDA NASOYEUINAL EN PACIENTES POSTOPERADOS CON CARCINOMA DE LARINGE EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Edgar Arturo Perdomo Flores, Jorge Del Bosque Méndez, Alfredo Tanaka Chávez, Ignacia Sánchez Tinoco, Rubén Hernández González, Carmen Nidia Araujo Flores

Hospital Juárez de México

El cáncer de laringe es el más frecuente de los de cabeza y cuello, representando aproximadamente el 45%. Su máxima incidencia corresponde a la edad de 60 años (15 años). El hombre se afecta diez veces más que la mujer, teniendo en cuenta que el número de pacientes del sexo femenino con cáncer de laringe ha aumentado en los últimos años en Europa y EE.UU. (Posiblemente por el mayor consumo de cigarrillos por parte de las mujeres).

Dentro de la patogenia podemos decir que el carcinoma invasivo puede desarrollarse a partir de displasias del epitelio y sobre todo a expensas de carcinoma in situ. Más del 90% de los carcinomas laríngeos son carcinomas de epitelio plano estratificado, queratinizado o no queratinizado. La mayoría de los pacientes con carcinoma de laringe fueron o son grandes fumadores de cigarrillos, a menudo en combinación con un consumo de alcohol elevado, pero pueden existir otras causas como la contaminación crónica con otras sustancias.

Dentro de los síntomas cardinales de los carcinomas laríngeos, aislados o asociados tenemos: ronquera, sensación de cuerpo extraño, carraspeo, dolor, disnea, disfagia, pérdida de peso, tos, hemoptisis entre otros.

El diagnóstico clínico se basa inicialmente en la laringoscopia indirecta, para luego pasar a la laringoscopia por suspensión con toma de biopsia para obtener la estirpe de la tumoración.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con: Laringitis crónica y sus formas especiales y neoformaciones benignas endolaringeas.

El tratamiento depende de el estadio del tumor el cual puede ser desde radioterapia (la cual se aplica en forma de telecobaltoterapia o de tratamiento de supervoltaje) hasta el tratamiento quirúrgico; y dentro de sus variedades tenemos: la decorticación microquirúrgica de la cuerda vocal, cordectomía, resección parcial de la laringe (vertical u horizontal) y extirpación completa de la laringe (laringectomía total).

Los pacientes con tumores primarios de cabeza y cuello, como los de laringe a menudo presentan desnutrición inicialmente y esta puede originarse de numerosos factores entre los que se incluyen: 1) el mismo proceso neoplásico maligno per se; 2) dolor y malestar durante la alimentación; 3) efectos colaterales por la quimioterapia, radioterapia o la intervención quirúrgica; 4) antecedentes de consumo crónico de alcohol; así como 5) obstrucción física de las vías aerodigestivas originadas por el tumor. Por lo anterior, se entiende el porqué el apoyo nutricional está dirigido a prevenir una depresión adicional del estado nutricional del enfermo, lo cual ayuda en la recuperación integral del sujeto que recibe una terapéutica oncológica habitualmente interdisciplinaria.

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo evaluar la experiencia que se ha tenido con la utilización de alimentación enteral por medio de sondas nasoyeyunales en pacientes los cuales han sido tratados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Juárez de México a los cuales se les han realizado procedimientos quirúrgicos en la laringe por carcinoma.

Material y Métodos: Se evaluaron diferentes parámetros dentro de los que se encuentran: edad, sexo, estirpe del carcinoma, estadio, factores predisponentes, complicaciones pre y postquirúrgicas, procedimientos diagnósticos, exámenes de laboratorio pre y postquirúrgicos además de los de seguimiento, antecedentes dietarios, estudio completo de somatometría (peso, talla, pliegue cutáneo), tipo de cirugía realizada, tipo de sonda, tipos de fórmulas enterales, días de estancia hospitalaria, medicamentos complementarios, linfocitos totales, transferrina, albúmina, y la determinación de requerimientos calóricos por la ecuación de Harris-Benedict con un factor de estrés de 1.2.

La metodología implementada se basó en la revisión de las tablas estadísticas y expedientes de los pacientes tratados por ambos servicios en conjunto, tanto el servicio de Otorrinolaringología en cuanto a su manejo médico-quirúrgico, así como el servicio de Apoyo Nutricional en cuanto al control dietético de los pacientes utilizando dietas poliméricas con un método de infusión continua cíclica. Se tomaron en cuenta 29 pacientes en un periodo de aproximadamente 5 años en el uso de este método.

Con esta revisión se pretende mostrar una visión más clara de la importancia dietética que se debe de tener en cuenta en los pacientes postquirúrgicos, en especial los oncológicos, en los que la desnutrición caloricoproteica puede producir alteraciones en la cicatrización de las heridas, disminuir la función inmunitaria, incrementar la sensibilidad a la infección y disminuir la tolerancia a las terapéuticas adyuvantes o coadyuvantes. Estudios clínicos y experimentales han demostrado que el empleo de apoyo nutricional artificial o natural y/o ambos, por diferentes vías, antes o durante el tratamiento oncológico, puede restaurar las diferentes funciones protectoras del organismo hasta la normalidad, reduciendo la morbilidad y mortalidad de la terapéutica quirúrgica implementada.

ESTUDIO COMPARATIVO DE TIMPANOPLASTIA EN NIÑOS CON INJERTO DE PERICONDRIO DE TRAGO VS. FACIA DE MÚSCULO TEMPORAL

Fernando Pineda Cazares, Javier Woo Muñoz, Javier J. Hernández, Guillermo Quiróz Torres
Hospital Regional "Gral. I. Zaragoza" I.S.S.S.T.E

La plastia de la membrana timpánica en la era moderna se inicia con los reportes de Zollner (1955) y Wullstein (1956).

Se han utilizado muchos materiales de homoinjerto y haloinjerto así como gran variedad de técnicas sin llegar a universalizar criterios hasta la fecha.

Considerando el tamaño o la estructura de la membrana timpánica en el infante, es importante conocer las diferencias existentes entre el niño y el adulto; por ejemplo, es raro encontrar adultos con otitis media crónica y resolución de su problema gradual al paso de los años, también es importante optar por procedimientos lo más perdurables posible y que toleren la gran actividad realizada en la adolescencia, además debe diseñarse un procedimiento con mínimos cuidados postoperatorios, ya que el niño poco coopera en las curaciones, es menester recordar todos estos parámetros al realizar timpanoplastias en el menor, así mismo, es importante desechar todos los factores comprometedores para obtener éxito en la cirugía.

A continuación presentamos un estudio de 89 pacientes de edades entre 6 a 13 años, todos con perforación timpánica como secuela de otitis media de repetición sin tratamiento adecuado. Se dividieron en dos grupos. Grupo A: Se colocaron injertos de fascia de músculo temporal ipsilateral; Grupo B: Se colocaron injertos de pericondrio de trago ipsilateral. En todos los casos se realizó historia clínica, estudio audiométrico y pruebas de fluoresceína.

Conclusión: En nuestro hospital, a la realización de timpanoplastias utilizando injerto con fascia de músculo temporal Vs. pericondrio de trago en infantes, encontramos mayor eficacia en el segundo caso, sin modificación en la edad probablemente por la mayor consistencia del pericondrio.

Los fracasos están relacionados con la persistencia de humedad en el oído medio e infecciones de vías aéreas superiores, un caso cursó con infección gastrointestinal en el postquirúrgico.

RECONSTRUCCIÓN FACIAL BUCO-ANTRAL MICROQUIRÚRGICA

Rafael Ramírez Cabañas, Alberto García de Alba
Hospital Juárez de México

Se presenta el caso de paciente de 64 años de edad postoperada de maxilectomía más excenteración de órbita 30 años atrás por tumor de seno maxilar. Se presenta al servicio de prótesis maxilofacial para reconstrucción de paladar y prótesis facial de órbita derecha. Durante 30 años utilizó gasa para cubrir su defecto facial, ya que las prótesis que le fueron elaboradas no cumplían con su cometido. El procedimiento a seguir consiste en realizar manejo microquirúrgico, que abarca la transposición de peroné más colocación de implantes

osteointegrados para lograr la retención, tanto de su prótesis facial como intraoral.

ABSCESOS EN CUELLO: LEVOFLOXACINA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO

*Andrés Sánchez González, Teresa González Galindo
Hospital de Concentración ISSEMYM Satélite*

La levofloxacina, isómero levorrotatorio de la ofloxacina, es una gente antibacteriano perteneciente a las fluoroquinolonas. Actúa inhibiendo a la DNA girasa bacteriana, una topoisomerasa tipo III, con un amplio rango de actividad contra bacterias grampositivas y gramnegativas, atípicas e intracelulares y con actividad moderada contra los anaerobios. Sus metabolitos activos se distribuyen ampliamente en los tejidos y líquidos del cuerpo, en especial en vías respiratorias y piel. Presentamos un ensayo clínico controlado comparativo de 500 mg de levofloxacina una vez al día contra un esquema doble tradicional a base de 5000 000 U de penicilina sódica cristalina cada 4 horas combinado con 500 mg de metronidazol cada 8 horas, ambos regímenes terapéuticos durante 10 días para pacientes con diagnóstico de abscesos en cuello.

EXPERIENCIA DEL C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE" EN EL MANEJO DE GLOMUS DE CABEZA Y CUELLO

Francisco Manuel Sánchez Ortega, Javier Mohue Woo

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

El glomus es también conocido como: Quimiodectoma, Paranglioma, Receptoma, Tumor del Cuerpo Timánico. Tiene su origen a partir de derivados celulares de la cresta neural y son restos de tejido paraganglionar que forman parte del sistema de quimiorreceptores. En cabeza y cuello suelen localizarse en la región de bifurcación de la carótida, a lo largo de los ganglios nodosos del n. Vago, a lo largo del ganglio yugular del n. Vago, y alrededor de los nervios de Arnold y Jacobson, también se han encontrado en órbita, laringe y región nasal. Son tumores benignos vascularizados con extensa invasión local, comúnmente encontrado en mujeres en relación 3:1. Aparecen regularmente entre la 4a y 6a década de la vida aunque se han encontrado desde los 6 meses hasta los 79 años. Alrededor del 10% son multicéntricos, y la multicentricidad aumenta si existe historia familiar hasta 33%, además existen vínculos con tumores malignos en otras partes del cuerpo hasta en 10% de los casos. Los síntomas varían según la localización de la masa, desde síntomas auditivos como acúfeno e hipoacusia hasta encontrar una masa cervical o faringea con afección de varios pares craneales. Radiológicamente, encontramos en la T.C. Una masa homogénea con erosión ósea, además de poder delimitar su extensión ya sea intracraneal o extracraneal, en la I.R.M. encontramos un fondo con señal intermedia, y áreas focales en señal alta en las imágenes de T2 compensadas, aunque este tipo de patrón no es patognomónico ni se presenta en todos los casos debido a que pueden estar trobados los vasos o ser demasiado pequeños. La angiografía separa las arterias carótida

externa e interna, se identifican los vasos nutrientes del tumor glómico, y se puede proceder a la embolización antes del tratamiento definitivo. A continuación presentamos la casuística de nuestro hospital desde 1985 hasta 1999, la forma de diagnóstico y el tratamiento de elección para cada caso. Aunque el procedimiento quirúrgico es el tratamiento de elección, en algunos casos específicos se prefiere sólo la radioterapia o la observación expectante.

CIRUGÍA FUNCIONAL ENDOSCÓPICA DE NARIZ Y SPN

Bernardino Ricardo Sánchez Sánchez, Germán Roncallo Barreneche

Hospital de Especialidades C.M.N. "Siglo XXI"

Se efectuó una revisión de 300 expedientes clínicos, de los pacientes sometidos a CIFENS en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades CMN S XXI, de Enero de 1997 a Diciembre de 1999. Se evaluaron los parámetros establecidos en el artículo: Lund VJ, Kennedy DW. Quantification por Staging Sinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 167,1995(104):10,17-21.

Se encontró que se realizaron 280 cirugías durante el periodo señalado, correspondiendo a sinusitis, poliposis, descompresión orbitaria, cierre de fistula de LCR y otras indicaciones.

Así mismo se efectuó seguimiento durante 6 meses, aplicando métodos estadísticos, obteniéndose datos por sexo, edad, frecuencia, síntomas, signos, etiología, tipo de cirugía y resultados. Se creó una base de datos en PC Access 2000.

MELANOCARCINOMA DEL SURCO NASOGENIANO DERECHO

Octavio Santana Hurtado, Arturo Hernández Cuellar, Martín Mota Gutiérrez, Isaías Cervantes, Teresa González Galindo, Andrés Sánchez González, Miguel Ángel Azpeitia Torres, Jesús Miranda Loa, Marco Antonio Pérez de la Sancha

Hospital de Concentración ISSEMYM Satélite

Masculino de 69 años con padecimiento de 1 año de evolución caracterizado por la presencia tumoración a nivel de surco nasogeniano derecho de aspecto neogruzo de crecimiento progresivo. El tumoración de aproximadamente 7x8, indurado, no doloroso, de color violáceo, trama venosa visible, y extensión a borde lateral de nariz, en sentido interno hacia el canillo y borde alveolar así como encía derecha, cuello con adenomegalias a nivel yugular alto. Resultado de biopsia incisional: melanocarcinoma. Tac de cráneo y tórax sin metástasis. Se programa para resección local amplia más parotidectomía superficial derecha y disección radical de cuello modificada derecha.

La mayor parte de los melanomas ocurren en la quinta y sexta década de la vida. Se cree que el desarrollo de estas neoplasias se debe tanto a factores ambientales como a la presencia de tejidos con predisposición geneática. Entre las lesiones de alarma se encuentran crecimiento, extensión, cambio de color, formación de costras, presencia de areola inflamatoria, exudado se-

roso, hemorragia, ulceración, nódulos, afección regional linfática y melanuria. Un aspecto fundamental es el tratamiento quirúrgico de estas lesiones que es la extirpación local adecuada, ya que en tumores resecaados con márgenes pequeños la frecuencia de recurrencia es alta.

ESTAPEDECTOMÍA DE REVISIÓN. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO 1992 - 1999

Francisco Javier Saynes Marin, Guillermo Hernández Valencia, Ma. del Carmen del Angel Lara Hospital Juárez de México

La cirugía conocida como Estapedectomía es el tratamiento quirúrgico primario de elección para aquellos pacientes que cursan con Otoesclerosis, padecimiento crónico-degenerativo que lleva a la pérdida de la capacidad auditiva del paciente, principalmente del que se encuentra en edad económica y físicamente reproductiva.

Sin embargo como todo proceso quirúrgico su curso puede variar en el postoperatorio no obteniendo la ganancia auditiva esperada posterior a la cirugía, o peor aun, que continúe deteriorándose la capacidad auditiva del paciente, a pesar de que técnicamente la cirugía se haya realizado de manera adecuada y que el paciente tuviese un buen pronóstico antes de la cirugía. En este trabajo se analizan los casos manejados en el Hospital Juárez de México en los cuales se realizó una Estapedectomía de revisión.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional en el cual se estudiaron 22 pacientes con diagnóstico confirmado de Otoesclerosis sometidos a Estapedectomía, la cual no corrigió la pérdida auditiva y en quienes se analizan las principales causas que llevaron a realizar la segunda cirugía, los hallazgos pre y postaudiológicos, los hallazgos transoperatorios, así como la evolución posterior de estos pacientes.

LARINGOPATÍA Y MANEJO DE LA VÍA AÉREA PEDIÁTRICA

Isaac Shubich Neiman, Gastón Cardenas Miami Children's Hospital

EL EQUILIBRIO Y EL VESTÍBULO

Carmen Tirado Gutiérrez, Héctor Belmont T., Juan Emilio Arrieta P., Angel Belmont T., Javier Belmont Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: El proyecto está diseñado con el apoyo de la tecnología actual, como son los multimedia, donde se podrá revisar y analizar el oído interno, específicamente el vestibulo en su función principal como es el equilibrio, realizándose esto a través de la utilización de un programa de power point a función de multimedia como animación visual y estímulos sonoros para una adecuada comprensión en forma didáctica de la anatomía, fisiología y la patología del laberinto posterior. Objetivo: La enseñanza a estudiantes de medicina y otorrinolaringología la difícil comprensión del vestibulo, a través de una revisión anatómico-fisiológica y algunas patologías del vestibulo. Material, Método y Resultados:

Se utiliza un diskette de 3.5 en programa de power point, donde se simplifica la revisión bibliográfica de diferentes libros de otología y con dibujos e imágenes otológicas con duración de 10 minutos aproximadamente.

TRATAMIENTO DE CORNETES CON PLASMA DE ARGÓN

Alejandro Martín Vargas Aguayo, Marisa Famiglietti Girón, Katia Ivonne Tomero Villegas Hospital de Especialidades C.M.N. "Siglo XXI"

La coagulación por plasma de argón (APC) se utiliza desde hace aproximadamente 10 años en cirugía abierta, laparoscopias y toracoscopias; especialmente para la hemostasia en zonas grandes.

El equipo del APC consta de una fuente de argón y una fuente de corriente de alta frecuencia (AF). El electrodo de AF implantado en el canal de gas del aplicador se conecta a un aparato de cirugía por AF (principio de funcionamiento monopolar).

Cuando la tensión de corriente es suficiente y el aplicador esta suficientemente cerca del tejido se forma en el flujo de gas el plasma de argón. Dado que este es conductivo, se establece un flujo de corriente de AF entre el aplicador y el tejido.

La coagulación se produce debido a la gran intensidad de la corriente de AF que entra en contacto con el tejido. Sin embargo el instrumento nunca entra en contacto con él.

El haz del plasma puede operar en línea recta (axial), lateralmente (aplicación lateral y radial) e incluso en ángulo.

Las ventajas del APC con respecto a métodos de coagulación tradicional son: coagulación libre de contacto con el tejido, hemostasia eficaz, reducción de la pérdida de sangre, profundidad de coagulación máxima limitada a 3 mm, coagulación sin carbonización y mejor cicatrización, menor riesgo de perforación y reducción de la duración de la intervención.

Las indicaciones del APC en la cavidad nasal incluyen epistaxis, hiperplasia de cornetes, hemostasia en turbinectomía y telangiectasias hemorrágicas.

En este video se muestra un caso clínico con estudios pre y postoperatorios, así como la realización del procedimiento utilizado en el tratamiento de cornetes con plasma de argón.

INCREASED KNOWLEDGE AND SKILLS FOR DIAGNOSING ACUTE OTITIS MEDIA (AOM) IN PRIMARY CARE PHYSICIANS AFTER ATTENDING A ONE-DAY OTITIS MEDIA WORKSHOP

Alberto Villaseñor Sierra, Roland Eavery, Sylvan Stool, Marta Rosete, Carlos de la Torre, Alfonso Esparza, José I. Santos P.

Centro de Investigación Biomédica de Occidente I.M.S.S.

AOM constitutes one of the leading causes of medical consultation in children under 5 yr. In developing countries and its complications are estimated to cause over 50,000 deaths, annually. Important contributing factors include the lack of knowledge and skills for the diagnosis (Dx.) and treatment. Methods: Knowledge and Dx. skills

were evaluated pre/post a didactic session on AOM and practical training workshop on pneumatic otoscopy and tympanocentesis, using various hands-on and audiovisual materials. Otoendoscopy, audiometry and tympanometry were also performed.

The evaluation was performed using a validated 33 item multiple-choice questionnaire and a videotape of pneumatic otoscopy images. The sensitivity and specificity for correctly identifying (true-positives + true negatives), under-diagnosing (false-negatives) and over-diagnosing (false positives) AOM were also compared.

Results. Of the 62 participants including, general practitioners, pediatricians, and pediatric residents, 54 had pre/post evaluations; 61% were male with a median age of 38. Baseline scores improved significantly after the workshop ($P < .001$). The sensitivity and specificity of diagnostic skulls improved after the workshop from 48 to 79% and from 51% to 66% respectively ($P < .001$). The capability for making a correct Dx. Improved from 52% to 72% by reducing the underdiagnosis from 32% to 12%. There was no change in the percent (16%) of over-diagnosis. **Conclusions.** The workshop model is a good educational tool to increase the knowledge and skills for diagnosing AOM, and has the potential to help reduce the number of complications associated with unrecognized AOM.

BACTERIAS MÁS FRECUENTES Y SU SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES CON OTITIS MEDIA CRÓNICA EN EL C.M.N. "LA RAZA"

Emilia Guadalupe Zepeda López, Justino Vázquez F., Benjamín García E.

Hospital General C.M.N. "La Raza"

Tipo de estudio: observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. Se estudiaron 55 pacientes con diagnóstico de otitis media crónica activa: 29 masculinos y 26 femeninos, el promedio de edad fue de 43.2 ± 19.9 años. Se tomó muestra de 58 oídos, mediante un hisopo estéril introducido al oído medio. Ningún paciente había recibido antibiótico un mes previo. Se incluyeron 17 pacientes con cirugía previa. Trece pacientes presentaban colesteatoma a la exploración microscópica. Las principales bacterias que se aislaron fueron *Pseudomonas aeruginosa* con 34.9% (20/58), *Staphylococcus aureus* 27.6% (16/58) y *Proteus mirabilis* 22.4% (13/58). La sensibilidad de *Pseudomonas aeruginosa* fue de 80% a ceftazidima y pefloxacina, 90% a cefotaxima e

imipenem, 95% a dicloxacilina y ofloxacina, siendo sensible a ciprofloxacina en un 100%. *S. aureus* mostró que era sensible para cefotaxima en un 62.5%, de 87.5% para pefloxacina, ofloxacina y dicloxacilina. Se aisló una cepa de *S. aureus* resistente a vancomicina. *Proteus mirabilis* mostró sensibilidad de 84.6% para cefotaxima, gentamicina e imipenem. Nuestros resultados no difieren de los expuestos por otros autores.

MIOFASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE EN PACIENTE DIABÉTICO. REPORTE DE UN CASO Y DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Guillermo Navarro Santos, Adelaido López Chavira, Edgar Novelo Guerra, Marcos A. Rodríguez Perales, Ramón Pardo Martínez, Eliud Cruz Bernabe Hospital Central Militar

La miofascitis necrotizante cervical es una infección fulminante asociada con necrosis de tejido conectivo, se disemina a través de las fascias. Es generalmente polimicrobiana, origen dental y ocurre más frecuentemente en pacientes inmunocomprometidos. Se reporta un caso, en una mujer de 29 años de edad, con antecedentes familiares de diabetes tipo 2 y pérdida de corona en primer molar inferior izquierdo; obesa, evolución de 20 días con tumoración que inicia en el espacio submandibular y se disemina a todo hemicuello izquierdo, espacio submentoniano derecho y región esternal, acompañada de fiebre, ataque al estado general, eritema, aumento de temperatura local, dolorosa que impedía la movilidad cervical, fluctuante, caries y destrucción casi total del primer molar izquierdo, sin dificultad respiratoria. Hiperglicemia de 296 mg/dl a su ingreso. Cultivo para aerobios y anaerobios positivo para *Klebsiella pneumoniae* únicamente. Tratada con drenaje y debridamiento quirúrgico, curaciones diarias, antibiótico triple esquema (Ceftriaxona 1g. tres veces al día IV por 10 días, Clindamicina 900 mg. tres veces al día por 15 días IV y después 300 mg tres veces al día, VO para completar 21 días, Amikacina 500 mg IV tres veces al día por 10 días al salir positivo el cultivo para *K. Pneumoniae*) e insulina para control metabólico. Cierre secundario a los 16 días postdrenaje quirúrgico. Se concluye que este tipo de infecciones son raras y con alta mortalidad, pero que con diagnóstico temprano, tratamiento agresivo, tanto quirúrgico como antimicrobiano se logran buenos resultados.

**VIDEOCINTAS, CARTELES
Y
MULTIMEDIA**

POR AUTORES

VIDEOCINTAS

ENDOSCOPIA DE NARIZ Y SENOS PARANASALES EN PEDIATRÍA

Héctor Aguirre Mariscal, Teresa Beltrán P., Yolanda Sevilla D., Norma Torres M.

Hospital de Pediatría C.M.N. "Siglo XXI"

La evaluación endoscópica de la región nasosinusal en la población pediátrica con telescopios de magnificación ha permitido un mejor manejo en el diagnóstico y tratamiento de la patología de nariz y senos paranasales desde la etapa neonatal hasta la edad escolar. En la cinta se muestran las características de normalidad de la región endonasal, pared lateral y nasofaringe en el paciente pediátrico, así mismo el diagnóstico endoscópico de enfermedad inflamatoria como lo es la sinusitis y su complicación del tipo absceso subperióstico con el drenaje del mismo.

A continuación la patología estructural con la presencia de un polipo antrocoanal y su manejo quirúrgico además de la imagen de un quiste de retención en el seno maxilar a través de una antrostomía.

Seguido de la presencia de una gran sinequia turbino-septal, la cual se evapora con Láser tipo N-YAG hasta permeabilizar la fosa nasal.

Del mismo modo se muestra la lesión tumoral tipo nasofibroma juvenil como método de evaluación, para determinar su extensión intranasal, de dicha lesión. Terminando con la evaluación de la región nasofaríngea en condiciones normales y un caso de atresia congénita de coanas via endonasal.

La aplicación de la endoscopia en edades pediátricas es de gran utilidad para el manejo adecuado de las lesiones que se presentan en este grupo de edad, como método diagnóstico y/o terapéutico.

APLICACIÓN DE LA ENDOSCOPIA EN CIRUGÍA OTOLÓGICA

Ma. Teresa Beltrán Perdomo, Héctor Aguirre Mariscal, Yolanda Sevilla Delgado, Norma Torres Maceda

Hospital de Pediatría C.M.N. "Siglo XXI"

La introducción de los endoscopios en otorrinolaringología ha venido a revolucionar no sólo el área de nariz y senos paranasales, también la cirugía otológica.

En el video mostraremos el uso del endoscopio 0° en el tratamiento de las principales patologías otológicas en pediatría. En primer lugar presentamos un caso de otitis media serosa con colocación de un tubo de ventilación a través de una incisión radiada en la membrana timpánica. A continuación vemos la realización de un colgajo timpanomeatal con inserción de un tubo de ventilación largo a permanencia, sin incidir la membrana timpánica y sin afectar la porción vibrátil de esta, como método terapéutico en otitis media adhesiva.

Por último la técnica de miringoplastia con apoyo de endoscopio visualizando en forma clara todos los pasos de acuerdo a la técnica de Sheehy.

Concluyendo que la aplicación de la endoscopia en cirugía otológica brinda grandes ventajas como excelente resolución, contraste y magnificación de la imagen, bajo un buen campo de visión, técnicamente fácil,

nos apoya en la enseñanza y se utiliza el mismo instrumental otológico sin ninguna modificación.

MODELO EXPERIMENTAL DE REPARACIÓN DE PERFORACIONES SEPTALES CON MATERIAL BIOLÓGICO EN CERDOS

Luis Miguel Gutiérrez Marcos, Juan Raúl Olmos Zúñiga, Juan Ramón Manjarrez Velázquez, Rogelio Jasso Victoria, Avelina Sotres Vega, Miguel Gaxiola Gaxiola, Arturo Avila Chávez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

La perforación del séptum nasal altera el funcionamiento de la nariz al provocar que la corriente de aire inspirado seque la mucosa nasal e irrite la superficie convexa del séptum a nivel de la perforación, lo que produce una pérdida gradual de los cilios con el desarrollo secundario de costras que al desprenderse pueden cursar asintomáticas y ocasionar epistaxis y a la vez mayor formación de costras estableciéndose un círculo vicioso. Se han desarrollado diferentes técnicas quirúrgicas para el cierre de las perforaciones utilizando injertos de tejido conectivo, colgajos bipediculado, de cornete, labiobucal, mucoso sublabial y de mucopericondrio y casi todas son útiles en perforaciones menores de un cm., de tal suerte que las perforaciones mayores a un cm. Son una de las capitulos menos satisfactorios en la cirugía nasal.

El pericardio bovino tratado con glutaraldehído es un material biológico e inerte que ha demostrado tener utilidad en la reparación de defectos tóraco-abdominales, reducción de volumen pulmonar, resección de bulas enfisematosas, reparación de grandes vasos y corrección de anomalías cardíacas. Creación del defecto septal: Realizadas la asepsia y la antisepsia del dorso nasal de los animales, se incide de forma longitudinal sobre éste, hasta encontrar el cartilago septal. Se diseña el mucopericondrio y se completan túneles para realizar una perforación de tres cms. De diámetro incluyendo la mucosa de ambas fosas nasales y cartilago septal. Reparación de la perforación septal: Para la realización de ésta se coloca un segmento de pericardio bovino tratado con glutaraldehído de 4.5 cms.

De diámetro en ambos lados del cartilago septal cubriendo el defecto creado. La fijación de éste al cartilago se lleva a cabo con puntos trans-septales de vicryl 3-0, concluido esto se procede al cierre de la piel. Conclusión: El cerdo es un animal útil como modelo experimental y de enseñanza para la reparación de perforaciones septales.

HEMANGIOMA CAPILAR INTRANASAL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Mauricio Morales Cadena, Fausto López Ulloa, Issac Haro Rodríguez

Hospital Español de México

Los Hemangiomas capilares intranasales son muy raros, más los que se presentan como masas obstructivas unilaterales y debutan con epistaxis. Se realiza una breve revisión bibliográfica del tema presentando definición, tipos, incidencia y manejo.

Se presenta el caso de un paciente femenino de 51 años de edad la cual es atendida por epistaxis encontrando una tumoración en fosa nasal izquierda. Se realiza biopsia con pinza de copas, estudios radiológicos y de laboratorio. Se planea la resección quirúrgica con microdebridador bajo visión endoscópica. Presentando el video transoperatorio, control postoperatorio mediato, así como los cortes histopatológicos, discusión y conclusiones.

PERILOPLASTÍA SECUNDARIA CON IMPLANTE DE GORETEX Y RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA DE VÁLVULA MEDIA

Gustavo Romero Pérez

Hospital de Especialidades C.M.N. "Siglo XXI"

Presentamos un caso de una paciente de 39 años, con antecedentes de dos cirugías nasales previas, a la exploración física, vemos una nariz con dorso nasal bajo, se aprecia dorso óseo abierto, pobre proyección de punta, columela corta, piel gruesa, depresión del tercio medio nasal que condiciona colapso de la válvula media lo que da dificultad para respirar y cicatrices antiguas de alotomías bilateral. A través de un abordaje externo realizamos un análisis cuidadoso de las estructuras anatómicas y llevamos a cabo una reconstrucción con goretex en dorso óseo autoinjerto de concha en el tercio medio nasal para expandir la válvula media y sutura de autosuporte en la columela mejorando algo la proyección de la punta con otro fragmento de goretex en domos.

VÍA DE ABORDAJE A LA SILLA TURCA TRANSSEPTO ESFENOIDAL

Francisco Manuel Sánchez Ortega, Lourdes Ivonne García Hernández, Ma. América Valverde Covarrubias, Ma. De Jesús Villalba Calderón, Juan Carlos Pérez Cancino, Javier Mohue Woo Muñoz, Miriam Carmona Aparicio

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

Se presenta un video con los abordajes más utilizados en el CMN 20 de Noviembre. Imágenes del abordaje transsepto transesfenoidal vía transnasal, con microscopio y con endoscopio; la vía sublabial con microscopio y la vía endonasal en los casos de cirugía terciaria.

PEGAMENTO DE FIBRINA

Bernardino Ricardo Sánchez Sánchez, Héctor Alejandro Velázquez Chong

Hospital de Especialidades C.M.N. "Siglo XXI"

El pegamento de fibrina (Fibrine's Tail tiene indicaciones en tratamientos diversos como epistaxis, como de sangrado después de la extracción de tumores, fistulas de líquido cefalorraquídeo, etc. Se presenta una serie de videos con la aplicación de pegamento de fibrina en diversas aplicaciones del área de otorrinolaringología.

LA PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA A NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS SOMETIDOS A ADENO Y/O AMIGDALECTOMÍA

Gabriela Tercero Quintanilla, Carlos De la Torre González, Alicia Alvarez Chávez, Juan Carlos Mendoza López, Diana Moyao García
Hospital Infantil de México "Dr. Federcio Gómez"

La psicoprofilaxis quirúrgica (PPQ) es una técnica empleada en la psicología pediátrica y de adultos desde hace varios años, tanto aquí en México como en el extranjero, que al nivel de la clínica se sabe es de gran utilidad para obtener la máxima cooperación de los pacientes para disminuir la ansiedad ante los procedimientos médicos y en el transcurso de alguna enfermedad; sin embargo, no se han encontrado reportes científicos en la literatura mexicana que demuestren que esto es así. La PPQ tiene como objetivo ayudar al niño a entender su enfermedad, aceptar la situación traumática (cirugía) y de apoyar a la familia para que pueda acompañarlo mejor en el proceso.

OBJETIVO. Determinar los efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica sobre los niveles de ansiedad de pacientes pediátricos de 5 a 10 años, sometidos a adeno y/o amigdalectomía. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se estudiaron 64 sujetos entre los 5 y 10 años; 29 niñas ($x=7a2m$) y 35 niños ($x=7a6m$) manejados en dos grupos: 32 casos quienes recibieron la PPQ y 32 controles sin PPQ. A todos los sujetos después de haber dado su consentimiento para participar en el estudio se les aplicaron dos pruebas psicológicas que miden ansiedad (la escala de ansiedad manifiesta en niños - revisada CMAS-R y el inventario de ansiedad estado - rasgo para niños STAIC); los casos antes de recibir la PPQ y casos y controles en el área de preanestesia 30 minutos antes de ingresar a cirugía. Todos los sujetos de la muestra tuvieron el mismo procedimiento anestésico, técnica quirúrgica y manejo médico postoperatorio. De los datos de las pruebas psicológicas se obtuvieron medidas de tendencia central (media aritmética y frecuencias) y medidas de dispersión (desviación estándar). **RESULTADOS.** En el preoperatorio el 14% de los casos y el 26% de los controles obtuvieron puntuaciones que señalan que estaban ansiosos en ese momento (ansiedad estado). El nivel de ansiedad rasgo del 19% de la muestra total, reflejó puntuaciones que indican rasgos de personalidad ansiosa; el resto se ubicó dentro de los rangos normales esperados. Todos los pequeños de cinco años (26%) niños y niñas experimentan ansiedad; temores de daño y de abandono pero tienen dificultades para expresarlos. Los casos de seis años niños y niñas (21%) también tienen dificultades para expresar la ansiedad que les provoca deficiencias en la atención y concentración después de haber recibido la psicoprofilaxis. **CONCLUSIONES.** Conforme aumenta la edad, el sujeto se vuelve más capaz de expresar la ansiedad y tiene más alternativas para manejarla. La PPQ es una técnica eficaz para disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes pediátricos.

MULTIMEDIA

**ANATOMÍA DE NARIZ Y SENOS PARANASALES:
UN ENFOQUE A LA PARED LATERAL NASAL***Pedro Cantú Juárez***ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA EN OTORRINOLA-
RINGOLOGÍA***Oscar Palomino Benavides*

CARTELES

PARAGANGLIOMAS*Nancy Elizabeth Aguilar Muñoz, León Felipe García
Lara***EVALUACIÓN Y MANEJO DE TIROIDES LINGUAL.
PRESENTACIÓN DE UN CASO***Arturo Avila Lozada, Carlos Muñoz, Arturo Avila
Sánchez***CASO REPORTADO: SEUDOTUMOR ORBITARIO
CON EXTENSIÓN INTRACRANEAL, NARIZ Y
SENOS PARANASALES***Irma Azucena Barragán Gómez, Anuar Santiago
Contreras, César Alfonso Gutiérrez Espinosa, Pablo
Eugenio Barrera Calatayud, Baldomero Hernández
Johnstone***TIROIDES LINGUAL***Dra. Ma. Teresa Beltrán Pérdomo, Héctor Aguirre
Mariscal, Nancy Limas Frescas***FLUJOGRAMA DIAGNÓSTICO PARA RINOSINUSI-
TIS DE DÍFICIL CONTROL***Miguel Angel Betancourt Suárez, Laura Elena Canales
Puente***PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MUCORMICOSIS NA-
SOSINUSAL***Miguel Angel Betancourt Suárez, Víctor Román
Sánchez Balderas, Juan José García, Gonzalo
Jiménez***PRINCIPALES SÍNTOMAS Y PREVALENCIA DE RI-
NOSINUSITIS EN BASE A CRITERIOS CLÍNICOS
EN NIÑOS DE 2 A 13 AÑOS REFERIDOS A UN HOS-
PITAL DE TERCER NIVEL***Laura Elena Canales Puente, Aida Mena Gutiérrez,
Juan Carlos Vázquez García, Antonio Soda Merhy***ANGIOEDEMA SUBMANDIBULAR***Dra. Nuria Cristina Cárdenas Maldonado, León Felipe
García Lara, Verónica Eduwiges Alvarez Guzmán***SÍNDROME DE STURGE-WEBER CON INVASIÓN A
HUESO TEMPORAL***Dra. Miriam Carmona Aparicio, Joel Cruz Hernández,
Lourdes Ivonne García Hernández, Griselda Martínez
Méndez***PAPILOMA EPITELIAL: REPORTE DE UN CASO***Rubén Alejandro Comejo Ballesteros, Ricardo
Bernardino Sánchez Sánchez, María Luisa Márquez***ATROFIA CEREBELAR SECUNDARIO A DIFENIL-
HIDRANTOINA***Lisette Cristerna Sánchez, Carmen Tirado Gutiérrez,
Armando Castoren, Leonardo Piscioti Galiano***LINFOMA NO HODGKIN DE AMIGDALA***Roberto Cristi Macías, Joaquín Olalde Quintanar,
Andrés Sánchez González, Teresa González Galindo,
Miguel Angel Azpeitia Torres***LINFOMA TIPO BURKIT NASOFARÍNGEO, RE-
PORTE DE UN CASO***Joel Cruz Hernández, M.J. Woo, O.F. Sánchez, H.L.
García, C.J. Pérez, C.M. Valverde***ESTESIONEUROBLASTOMA: PRIMER CASO EN
20 AÑOS***Angel Cruz Vázquez, César Alfonso Gutiérrez
Espinosa, Baldomero Hernández Johnstone***GRANULOMA REPARADOR DE CÉLULAS GIGAN-
TES, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LIT-
ERATURA***Jesús Gonzalo Dávila Flores, José Luis Treviño
González, Jorge Enrique Cruz Ponce, Baltazar
González Andrade***TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL NA-
SOANGIOFRIBROMA***Marisl Caro Del Castillo Catalán Rili, Alejandro
Jiménez Chobillón, Sergio González Olvera, Daniel
Bross Soriano***POTENCIALES AUDITIVOS EVOCADOS DE TALLO
CEREBRAL EN PACIENTES CON ESPASMO HEMI-
FACIAL***Cecilia Esteinou Madrid, Pedro Becerril Pérez, Olivia
Vales Hidalgo, Ramón Hinojosa González, Rogelio
Revueña Gutiérrez***REHABILITACIÓN VESTIBULAR***Cecilia Esteinou Madrid, Ramón Hinojosa
González, Olivia Vales Hidalgo, Pelayo Vilar Puig***VÉRTIGO POSTURAL PAROXÍSTICO BENIGNO
DEL CONDUCTO SEMICIRCULAR HORIZONTAL***Cecilia Esteinou Madrid, Ramón Hinojosa González,
Pelayo Vilar Puig***ASPERGILOSIS RINOPALATINA***Felipe Flores L., Enrique Azuara Pliego*

EFFECTOS DE LA CICLOSPORINA "A" EN PACIENTES CON SAMTER*Griselda Galicia Martínez, Miguel Angel Betancourt Suárez***LA TERAPIA GRUPAL COMO TRATAMIENTO CO-ADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DEL VÉRTIGO***Ricardo Gallardo Contreras, Ivonne Cárdenas Velázquez, María Fernández Olvera***CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES, REPORTE DE 62 CASOS***Fernando Gómez Acosta, Victoria Rivero de Jesús, María Isabel Alvarado C.***TUMORES DE CÉLULAS DE HUNTHLE DE LA GLÁNDULA TIROIDES***Fernando Gómez Acosta, Victoria Rivero de Jesús, María Isabel Alvarado C.***QUISTES TIROGLOSOS CON CARCINOMA PAPILAR EN TIROIDES***Fernando Gómez Acosta, Victoria Rivero de Jesús, María Isabel Alvarado C.***ANQUILOSIS TEMPOROMANDIBULAR E HIPERTROFIA ADENOIDEA EN INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA***Daniel González Dorantes, Enrique Azuara Pliego***IMPLANTE COCLEAR***Dina Fabiola González Sánchez, Gonzalo Corvera Behar, José Schimelmitz Idi, Erika Paola Valle Alcantar, Miguel Ugalde Escobar***MUCORMICOSIS INVASIVA DE SENOS PARANASALES***Angel Gerardo González Valero, Héctor Prado Calleros, Sergio González Olvera, Daniel Bross Soriano, René Eduardo Guzmán Urrutia, José Manuel Peñaloza González***METASTASIS CERVICAL DE CARCINOMA TIROIDEO OCULTO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS***René Eduardo Guzmán Urrutia, Héctor Prado Calleros, Sergio González Olvera, Daniel Bross Soriano, Angel González Valero, Luis Sánchez Marín***ESCLEROMA RESPIRATORIO: MANIFESTACIONES CENTROFACIALES***René Eduardo Guzmán Urrutia, Héctor Prado Calleros, Sergio González Olvera, Daniel Bross Soriano, José Schimelmitz Idi, Luis Sánchez Marín***TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DEL HUESO TEMPORAL; REPORTE DE UN CASO***Ramón Hinojosa González, Víctor Trujillo Valdéz***PRESENTACIÓN AGRESIVA DEL ANGIOFIBROMA NASAL. REPORTE DE UN CASO***Omar Juárez Nieto, Francisco Javier Saynes Marín, Jorge Amador Aguilar Sánchez, María Evelin Cortés Gutiérrez***COLESTEATOMA GIGANTE***Miguel Alfonso Kageyama Escobar, Arturo Mejía Méndez***MELANOMA NASAL, UN CASO CLÍNICO***Juan Gerardo Lazo Sáenz, Elizabeth Meza Mata, Olivia Jeanett Tavizón Palazuelas***PREVALENCIA DE RONQUIDOS HABITUALES Y APNEAS OBSERVADAS DURANTE EL SUEÑO EN NIÑOS DE 2 A 13 AÑOS DE EDAD REFERIDOS A OTORRINOLARINGOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL***Aída Mena Gutiérrez, Laura Elena Canales Puente, Juan Carlos Vázquez García, Antonio Soda Merthy***PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR***Adriana Mondragón González, Oscar Fernández Velázquez, Luis G. Martín Armendariz***PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN REGIÓN ETMOIDAL***Mauricio Morales Cadena, Roberto García Castañeda***Lesión tumefactiva inflamatoria de nariz y senos paranasales. Representación de un caso***Rubén Moreno Padilla, Bertha Beatriz Montañón Velázquez***MIOFASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE EN EL PACIENTE DIABÉTICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA***Guillermo Navarro Santos, Adelaido López Chavira, Edgar Novelo Guerra, Marcos A. Rodríguez Perales, Ramón Pardo Martínez, Eliud Cruz Bernabe***QUISTES TÍMICOS CERVICALES***Ma. Yazmin Olvera Suárez, Ma. Teresa Beltrán Perdomo***CARCINOMA EX-ADENOMA PLEOMORFO RESIDUAL DE PARÓTIDA CON INVASIÓN A OÍDO MEDIO Y EXTERNO***Rafael Ordoñez García, Joel Cruz Hernández, Lourdes Ivonne García Hernández, Miriam Carmona Aparicio, Grisela Martínez Méndez***CARCINOMA PAPILAR EN QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO***Icela Peñafiel Najera, Francisco Javier Saynes Marín, Jorge del Bosque Méndez, Francisco García Rodríguez, María Evelin Cortés Gutiérrez*

CA. ADENOIDEO QUÍSTICO DE BASE DE LENGUA

Marco Antonio Pérez de la Sancha, Andrés Sánchez González, Teresa González Galindo, Miguel Angel Azpeitia Torres, Octavio Santana Hurtado

HEMANGIOMA CAVERNOSO ÓSEO DEL DORSO NASAL. REPORTE DE UN CASO

Fernando Pineda Cazarez, H.M. García, R.A. Ortiz, A.C. Gutiérrez, T.B. Cruz

ENCEFALOCELE NASOETMOIDAL

Rosa de Lima Salazar Sánchez, Laureano Palacio Zurita, Enrique Azuara Pliego

SINUSITIS ALÉRGICA MICÓTICA. CONCEPTOS ACTUALES

Bernardino Ricardo Sánchez Sánchez, José Alfredo Navarro Chavarria, Héctor Alejandro Velázquez Chong

MODELOS ANATÓMICOS DE DACROINTUBACIÓN CON FIBRA ÓPTICA

Bernardino Ricardo Sánchez Sánchez, Adriana Bibiana Montes García, Mayra Ibarra Torres

ANGINA DE LUDWING, EXPERIENCIA DE 17 AÑOS

Luis Alberto Sánchez Marín, Daniel Bross Soriano, Sergio Iván González Olvera, José Schimelmütz Idi

MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS MUCURMICOSIS RINOCEREBRAL

Bernardino Ricardo Sánchez Sánchez, Héctor Alejandro Velázquez Chong, Adriana Bibiana Montes García

TIROIDITIS SUPURATIVA AGUDA

José Schimelmütz Idi, Daniel Bross Soriano, Héctor Prado Calleros, Manuel Peñaloza, René Eduardo Guzmán Urrutia

GATIFLOXACINA EN EL TRATAMIENTO DE LA SINUSITIS BACTERIANA AGUDA

José A. Sisniega López, V. Belalcázar, A. Mascareño, A. Alanís, J. Dibildox, M. Durzo, R. Martínez, E.

Llausás, R. Hinojosa, R.E. Urbina, M. Cruz, B. Martínez

CARCINA LINFOEPITELIAL

Antonio Tirado Díaz, Teresa González Galindo, Andrés Sánchez González, Miguel Angel Azpeitia Torres, José Lazaro Aguilar Núñez, Jesús Miranda Loa

ATRESIA CONGÉNITA DE COANAS: REVISIÓN CLÍNICO-TOMOGRÁFICA DE 4 CASOS

Norma Laura Torres Macedo, Ma. Teresa Beltrán Perdomo, Enrique Segovia Forero, Héctor Aguirre Mariscal

UTILIDAD DEL PLASMA DE ARGÓN EN DIFERENTES PATOLOGÍAS

Alejandro Martín Vargas Aguayo, Marissa Famiglietti Girón, Katia Ivonne Tomero Villegas

MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Alejandro Martín Vargas Aguayo, José Germán Grandvallet Mujica, Salomón Waizel Haiat

PAPILOMA NASAL OSIFICANTE (REPORTE DE UN CASO)

Alfredo Vega Alarcón, León Felipe García Lara

MALIGNIZACIÓN DE UN CASO DE DISPLASIA FIBROSA A SARCOMA OSTEOGÉNICO EN REGIÓN MAXILAR Y ORBITARIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Mónica Virgen Rosendo, Fernando Gómez Acosta, Rubén Hernández González, María Fernández Olvera

RINITIS POR KLEBSIELLA OXYTOCA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Reynaldo Miguel Zambrano Fernández, Juan Emilio Arrieta Padrón, Víctor Román Sánchez Balderas, Miguel Angel Betancourt Suárez

FluaRiX[®]

NUEVAS CEPAS 99 • 2000



Esquema de vacunación

	1a. dosis	2a. dosis
1 a 6 años	0.25 ml	0.25 ml un mes después
> 6 años	0.5 ml. dosis única	

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR REDUCIDA FLUARIX*

Suspensión inyectable

1.- Nombre Comercial: FLUARIX*

Nombre Genérico: Vacuna viral contra la gripe tipos trivalentes A y B

2.- **Formulación:** Cada dosis de vacuna con 0.5 ml contiene Fracciones antigénicas purificadas de virus de influenza inactivados, cepas (99/2000):

A/Beijing/262/95 (H1N1) similar a: 15 mcg HA*

[Variante A/Beijing/262/95 (X-127)]

A/Sydney/5/97 (H3N2) similar a: 15 mcg HA*

[Variante A/Sydney/5/97 (IVR-108)]

B/Beijing/184/93 similar a: 15 mcg HA*

[Variante B/Yamanashi/166/98]

Agua para inyección c.b.p. 0.5 ml

*Hemaglutinina

3.- **Indicación Terapéutica:** FLUARIX* está indicada para la inmunización activa contra la Influenza, en adultos y niños de 1 año de edad en adelante, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS para las tres cepas frecuentes de una temporada determinada de Influenza.

4.- **Contraindicaciones:** El uso de FLUARIX* está contraindicado en pacientes hipersensibles a cualquiera de los componentes de la fórmula, o en sujetos que muestren o hayan mostrado signos de hipersensibilidad después de la aplicación previa de las vacunas contra la Influenza. Como en el caso de otras vacunas,

FLUARIX* está contraindicado en sujetos con enfermedad febril grave, aunque la presencia de infecciones triviales no constituye un impedimento para su aplicación.

5.- **Precauciones o Restricciones de uso durante el Embarazo y la Lactancia:** Se desconocen los efectos en el embarazo sobre el desarrollo fetal ya que no ha sido evaluada. Sin embargo, como en todas las vacunas virales, los riesgos para el feto deben considerarse con precaución. FLUARIX* se puede utilizar durante el embarazo sólo cuando claramente se necesite. En la lactancia no existe contraindicación.

6.- **Reacciones Secundarias y Adversas:** Al igual que con las demás vacunas inyectables, se puede producir dolor en el sitio de la inyección, eritema e inflamación. Estas reacciones son moderadas y cuando se presentan, lo hacen por un periodo no mayor de dos días después de la vacunación. Una proporción muy baja de personas vacunadas han presentado molestias sistémicas, como fiebre, cefalea, náusea, mareo y fatiga. Sin embargo, no se ha podido establecer una relación causal con la vacuna.

7.- **Interacciones Medicamentosas y de otro género:** La administración concomitante de FLUARIX* con inmunoglobulinas (IGS) o con otro tipo de vacunas inactivadas, no afecta la tasa de seroconversión, aunque puede disminuir el título de anticuerpos obtenido por lo que, en estos casos, se recomienda su aplicación en sitios anatómicos diferentes y con jeringas distintas. La vacuna FLUARIX* puede ser administrada simultáneamente, con otras vacunas, si esto resulta conveniente dentro de cualquier programa de vacunación recomendado por las Autoridades de Salud del país.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES: En pacientes sometidos a hemodiálisis, terapia inmunosupresiva o con deficiencias inmunológicas, existe la posibilidad de que no se obtengan niveles adecuados de anticuerpos, después de un ciclo de vacunación primaria, por lo que es recomendable la aplicación de dosis adicionales.

FLUARIX* debe administrarse con precaución en niños con trombocitopenia o cualquier otro padecimiento hemorrágico, por la posibilidad de sangrado secundario a inyección intramuscular. FLUARIX* NO debe ser aplicado en la región glútea, ya que puede presentarse una respuesta inmunológica inadecuada e insuficiente.

8.- **Precauciones y Relación con efectos de Carcinogénesis, Mutagénesis, Teratogénesis y sobre la fertilidad:** Por ser FLUARIX* una vacuna con componentes en los cuales no se ha descrito

su asociación con los efectos mencionados, no se han diseñado ni desarrollado estudios al respecto.

9.- Dosis y Via de Administración

ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS DE EDAD:

Una dosis de 0.5 ml aplicada en la región deltoidea, intramuscular profunda.

NIÑOS DE 1 AÑO DE EDAD A 6 AÑOS:

Dos dosis de 0.25 ml con un intervalo de 4 a 6 semanas es suficiente (si estos niños han sido vacunados previamente, una dosis de 0.25 ml es suficiente) en la cara anterolateral del muslo, intramuscular profunda.

El contenido debido al almacenamiento, puede presentar un fino depósito blanquecino y un sobrenadante transparente incoloro.

Antes de su administración la vacuna deberá ser inspeccionada visualmente para descartar la presencia de partículas extrañas y/o variaciones en sus aspectos físicos. Antes del uso de FLUARIX*, la vacuna deberá agitarse vigorosamente hasta obtener una suspensión incolora a ligeramente opalescente. En caso de no tener estas características, la vacuna deberá ser desechada.

10.- **Sobredosisificación o ingesta accidental: manifestaciones y tratamiento (antídoto):** No se conocen los efectos de sobredosis.

11.- Presentaciones:

Caja con frasco ampulla con una dosis de 0.5 ml

Caja con jeringa prellenada con una dosis de 0.5 ml

12.- Leyendas de Protección:

Léase instructivo anexo

Consérvese en refrigeración 2°C a 8°C

No se deje al alcance de los niños

No se administre a mujeres embarazadas

Su venta requiere receta médica

13.- Fabricado por: Sächsisches Serumwerk

Niederlassung der SmithKline Beecham Pharma GmbH, München
Zirkusstrasse, 40-01069 Dresden, Germany.

Distribuido en México por:

SmithKline Beecham México SA de CV

Az. Universidad 1449, Colonia Florida,

Deleg. Álvaro Obregón, México 01030, DF

14.- No. Registro: 503M96 SSA

IPPR No. FEAR-203031/RM99

Una información más amplia para prescribir,

puede ser solicitada al representante médico o directamente a la Dirección Médica de SmithKline

Beecham México, S.A. de C.V., Avenida Universidad 1449,

Col. Florida, México

01030, D.F.

Teléfono: 56 27 02 77

Bibliografía: 1. Gutierrez-Ortiz B, Rodriguez-Pinto M y col. Estado Actual de la influenza. Avances en la prevención 1997-1998. Rev Mex Puer y Pediatría. 1997; 5(26): 70-82.

2. Who. Influenza vaccine 1999/2000. University Hospital of Geneva - Switzerland - National Influenza Center Swiss Federal Office of Public Health, February 1999.

3. Künzel W, Engelmann H, D'Hondt E. Immune response to influenza vaccination. Lancet 1994; 343:173.

4. Glathe H, Bigl S, Grosche A. Comparison of humoral immune responses to trivalent influenza split vaccine in young, middle-aged and elderly people. Vaccine 1993 11:7 702-5

5. Burbach G, Bienzle U, Stark K, Rayes N, Neuhaus R, Serke S, Engelmann H, Künzel W, Türk G, Neuhaus P. Influenza Vaccination in liver

transplant recipients. Transplantation

1999 Mar 15 67:5 753-5.

6. Brydak LB, Cabecka M. Immunogenicity of influenza

vaccine in patients with hemato-

oncological disorders. Leuk

Lymphoma 1999 Jan 32:3-4

369-74.





Te esperamos en Acapulco

¡No Faltes!

AUGMENTIN* 12h

Amoxicilina/Acido Clavulánico

- En infecciones de vías respiratorias:
Mayor eficacia clínica
que azitromicina¹

Amoxicilina/ Ácido Clavulánico	Azitromicina
97.3%	67.6%

- En otitis media aguda:
Mayor erradicación
bacteriológica
que azitromicina²

	<i>S. pneumoniae</i>	<i>H. influenzae</i>
Amoxicilina/ Ácido Clavulánico	98%	98%
Azitromicina	86.2%	81.8%

- Dos tomas al día marcan la diferencia³

Mayor comodidad

Misma eficacia

Mayor cumplimiento
del tratamiento



Referencias: 1. Beghi A, et al. Efficacy and tolerability of azithromycin versus amoxicillin/clavulanic acid in acute purulent exacerbation of chronic bronchitis. *J Chemother* 1995; 7: 146-152. 2. McLinn S. Double blind and open label studies of azithromycin in the management of acute otitis media in children: A review. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 962-966. 3. Jacobsson S, Fogh A, Laesson P, Lomborg S. Evaluation of amoxicillin clavulanate twice daily versus thrice daily in the treatment of otitis media in children. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993; 12: 319-324.