

ANALES DE LA OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA



**52 Congreso Nacional de la Sociedad
Mexicana de Otorrinolaringología y
Cirugía de Cabeza y Cuello, A.C.**

**Puebla 2002
26-30 de Abril**

**La revista se publica también en:
www.smorlccc.org.mx**



Revista Trimestral fundada en 1949
Distribución gratuita para médicos
México, D.F. Vol. XLVII Número 1, Supl.11
Diciembre 2001, enero-febrero 2002



10.4 mil millones

De días tratamiento a nivel mundial sólo

Clarityne®

LORATADINA



Experiencia que marca la diferencia

Por su **triple acción:**

Antihistamínica. Bloquea los receptores H₁ con **rápida remisión** de los síntomas en 30 min.^(1,2)

Antialérgica. Estabiliza la membrana del mastocito, con éxito terapéutico en Rinitis y Dermatitis Alérgicas.⁽³⁾

Antiinflamatorio. Regula la ICAM-1 y la adhesión leucocitaria; puede prevenir el cuadro alérgico en **pacientes con atopia.**⁽⁴⁾

Confianza en su prescripción por su seguridad y tolerabilidad.^(5,6)

Una vez al día

Múltiples presentaciones



ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA

La revista también se publica en:
<http://www.smorlccc.org.mx>



Suplemento No. 11 Volumen 47 Número 1, 2002

DIRECTOR-EDITOR:
Jorge Corvera Bernardelli

EDITOR EN JEFE:
Gonzalo Corvera Behar

EDITORES ASOCIADOS:
Rene Toral Martiñon
Antonio Ysunza

Daniel Bross Soriano
Mario Hernández Palestina
Luis Gerardo Martín Armendáriz

EDITORES ASOCIADOS PARA PUBLICACION ELECTRONICA:
Luis Alberto Macías Fernández

Carlos Iglesias Ramos

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 Ángel 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 R. 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 César A. Mena Ayala, D.F.
Richard T. Miyamoto, Indianapolis, Indiana
Eugene N. Myers, Pittsburgh, Pennsylvania
Edgar Novelo Guerra, México, D.F.
Jack L. Pulec, Los Angeles, California
José 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, Canada
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: *Luis Alberto Macías Fernández*
SECRETARIO: *Jaime López López*

VICEPRESIDENTE: *Julio César A. Mena Ayala*
TESORERO: *Rogelio Chavolla Magaña*

DIRECCIÓN COMERCIAL Y OFICINAS DE REDACCIÓN:

Montes Urales No. 723-402 Col. Lomas de Chapultepec, México, D.F. C.P. 11000 Tels.: 55 40 19 05 55 40 17 37
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



THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

Programa Científico

52° Congreso Nacional de la
Sociedad Mexicana de
Otorrinolaringología y Cirugía
de Cabeza y Cuello.

Puebla, Pue.

Comité Organizador

Presidente

Dr. Víctor Eduardo Vera Martínez

Vicepresidentes

1er Vicepresidente Dr. Julio César Augusto Mena Ayala

2º Vicepresidente Dr. Guillermo Alatorre Sánchez de la Barquera

Secretario

Dr. Jorge Arturo Zavala Habib

Tesorero

Dr. Rafael Antolín Zárate García

Coordinación General

Dr. Hugo González Valdepeña

Dr. Francisco Hernández Mendiola

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Marcos

Dr. David Montes de Oca Rosas

Consejero

Dr. Fernando Couto y Arcos

Comité Científico

Dr. Miguel Ángel Arroyo Castelazo

Dr. José R. Arrieta Gómez

Dr. Jorge Corvera Bernardelli

Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña

Dr. Andrés Delgado Falfari +

Dr. Eduardo de Gortari Goroztiza

Dr. Rafael García Palmer

Dr. Armando González Romero

Dr. José Ángel Gutiérrez Marcos

Dr. Francisco Hernández Orozco

Dr. Eduardo Montes de Oca Fernández

Dr. Edgar Novelo Guerra

Dr. Juan Felipe Sánchez Marle

Dr. Carlo Pane Pianese

Dr. Pelayo Vilar Puig

Coordinación Académica

Dr. Gonzalo Corvera Behar Otoneurología

Dr. Masao Kume Omine Laringología

Dr. Benjamín Macías Fernández Senos Paranasales

Dr. Jaime Fandiño Izundegui Cirugía Facial

Dr. Enrique Azuara Pliego Cirugía Nasal

Dr. Mario Hernández Palestina Cirugía de Cabeza y Cuello

Comité de Sesiones y Cursos

Dr. Luis Antonio Ramírez y Dorantes
Dr. Jaime Fernández Espinosa
Dra. María Olga Delgadillo Díaz
Dr. Jorge Eduardo Rizo Alvarez
Dr. Alfredo Chi Chan
Dr. José Carlos Fernández Valle
Dra. Norma Karina López Sanabria

Coordinación Profesores Extranjeros

Dr. Héctor de la Garza Hesles
Dr. Carlos G. Iglesias Ramos
Dr. Federico Reyes Gómez Llata

Coordinación Profesores Nacionales

Dra. Mercedes Baledón Sánchez
Dra. Leticia Hernández Polo
Dr. León Felipe García Lara
Dr. Alejandro Prado Abarca
Dr. Guillermo Francisco Quirós Torres

Comité de Exposición Científica

Dr. Arturo Ávila Losada
Dr. Leandro Flores Cordero
Dr. Sergio Ochoa Rico
Dra. Laura Domínguez Danaché
Dr. Jaime Sandoval Granillo

Comité de Exposición Comercial

Dr. Gabriel Abud González
Dr. Horacio Castilla Serrano
Dr. Miguel Ángel García Osornio
Dr. Javier Nava López

Comité de Especialidades Afines

Dra. Araceli Gutiérrez de Velasco Hernández
Dra. Patricia Nava Gómez
Dra. Yolanda Sánchez Jiménez
Dr. Fernando Rodríguez González †

Comité de Relaciones Públicas

Dr. Esteban Aizpuru Barraza
Dr. Rafael González Rivas
Dr. Alfonso Gutiérrez Inzunza

Comité de Prensa y Difusión

Dra. Ma. de Lourdes Ledesma Sola
Dr. Humberto Chavira Estefan
Dr. Luis Alberto Giorgana Frutos

Comité de Residentes

Dr. Baltasar Servín Vargas
Dr. Mario Hernández Guevara
Dr. Alfredo Vega Alarcón
Dr. Roberto Sánchez Larios

Comité Artístico Cultural

Dr. Guillermo Alatorre Sánchez de la Barquera
Dr. Jaime López López
Dr. Ignacio Fernández de Lara

Comité de Actividades Deportivas

Dr. Raúl Ortiz Lara
Dr. Francisco García de León Campero
Dr. Roberto Craig Sosa
Dr. Miguel Ángel García García

Coordinación Local

Dr. Fernando Ramírez Oropeza
Dr. Elías Curioca Karana
Dr. Sergio Esper Dib
Dr. Francisco Jiménez y Ramírez
Dr. Jesús Rascón de la Torre
Dr. Carlos Solís Quiroz
Dr. Héctor Soto Priante

7

52º Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de
Otorrinolaringología y Cirugía
de Cabeza y Cuello.
Puebla, Pue.

MENSAJE DEL PRESIDENTE

Distinguidos socios y congresistas:

Es para mi una gran satisfacción presidir el 52º Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello que tiene como Sede la Ciudad de Puebla, Pue. Lo que representa un gran orgullo ya que como es de todos conocido esta ciudad, ha sido nombrada patrimonio de la humanidad desde hace algún tiempo por la UNESCO.

Siguiendo la tradición de los últimos congresos estamos publicando en este Suplemento de nuestra Revista, el programa científico de nuestro congreso, gracias a la respuesta de los participantes que se apegaron a los tiempos de la convocatoria para enviar sus trabajos y al comité organizador.

En esta información podrán elegir con anticipación la asistencia a diferentes actividades, hemos conjuntado una gran variedad trabajos en las distintas ramas que integran a nuestra especialidad, tratando primeramente de darle la importancia que tienen nuestros profesores nacionales así como a los autores de trabajos libres que incluyen a todos los hospitales que solicitaron su participación para que tengan un foro nacional donde mostrar su trabajo, el numero de Trabajos Libres, Cursos Monográficos, Conferencias, Mesas Redondas y Simposium ha rebasado nuestras expectativas obligándonos a buscar todos los espacios posibles para su presentación consiguiendo que puedan sesionar en forma simultanea 1564 congresistas.

Contamos con la presencia de destacados profesores extranjeros todos ellos de trascendencia internacional como el Dr. K.J.Lee autor de innumerables libros y artículos y actual Presidente de la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, no menos importantes a: Eugene Tardy, Charles Krause, Antonio de la Cruz, expresidentes de dicha Academia, además de otros profesores de Estados Unidos de Norteamérica.

También contamos con la participación de profesores de Francia, España y de Latinoamérica con profesores de: Chile, Brasil, Argentina, Colombia, Venezuela, Perú, Ecuador que gracias a las relaciones que se han establecido con estos países hermanos estarán presentes.

Hemos planeado los horarios de manera que todos estemos en la oportunidad de asistir sin escatimar horas al sueño, a pesar de las diferentes actividades socioculturales que el comité de damas presidido por la Sra. María Eugenia Serna de Vera ha preparado para todas las acompañantes.

Sin otro particular, les envió un fraternal saludo y mis mejores deseos que este año que inicia les proporcione mucha salud en compañía de sus seres queridos y los espero con los brazos abiertos en la ciudad de Puebla.

ATENTAMENTE

DR. VICTOR EDUARDO VERA MARTINEZ

PRESIDENTE DEL 52 CONGRESO NACIONAL SMORL Y CCC

Profesores Extranjeros

K. J. Lee, M.D. F.A.C.S., P.C.
 Presidente electo American Academy of
 Otolaryngology - Head and Neck Surgery
 Cáncer de Cabeza y Cuello
 New Haven CT.

Thomas Murry, Ph. D.
 University of Pittsburgh
 Trastornos de la voz
 Pittsburgh, PA.

Dr. Paulo Augusto de Lima Pontes
 Instituto da Laringe
 Trastornos de la voz
 Sao Paulo, Brasil

Nikhil J. Bhatt, M.D.
 Consulta Privada
 Cirugía de Senos Paranasales
 Elgin, IL.

Lawrence R. Grobman, M.D.
 Consulta Privada
 Otolología y Neurootología
 Miami, FL.

Marcos V. Goycoolea, M.D. Ph. D.
 Audia Chile, Clínica Las Condes
 Otolología
 Santiago de Chile, Chile

Dr. Luis García Ibáñez
 Instituto de Otolología García - Ibáñez
 Otolología
 Barcelona, España

M. Eugene Tardy, Jr., M.D., F.A.C.S.
 Professor of Clinical Otolaryngology
 Director, Division of Facial Plastic and
 Reconstructive Surgery
 University of Illinois School of Medicine

Dr. Antonio de la Cruz
 House Clinic
 Expresidente de la Academia
 Americana de ORL

Docteur Yves Victor Kamami
 Otorrinolaringología - Rhino - Laryngologiste
 Chirurgie Laser du Ronflement et de la Voix
 Ass. P. Hopital Saint - Cloud

Dr. Alberto Arias Castratt
 Otorrinolaringólogo
 Lima, Perú

Dr. Carlos M. Boccio
 Otorrinolaringólogo
 Buenos Aires, Argentina

Dr. Juan David Carvajal
 Otorrinolaringólogo
 Barquisimeto, Venezuela

Dr. Abraham Kilimajer
 Otorrinolaringólogo
 Lima, Perú

Dra. Teolinda Morales
 Otorrinolaringólogo
 Caracas, Venezuela

Dr. Gabriel Osorno
 Otorrinolaringólogo
 Santa Fe de Bogotá, Colombia

Dr. José A. Patrocinio
 Otorrinolaringólogo
 Sao Paulo, Brasil

Dr. José A. Pinto
 Otorrinolaringólogo
 Sao Paulo, Brasil

Dr. Héctor Rondón Cardoso
 Otorrinolaringólogo
 Arequipa, Perú

Dr. Fernando Silva Chacón
 Otorrinolaringólogo
 Guayaquil, Ecuador

Dr. René Weffer
 Otorrinolaringólogo
 Caracas, Venezuela

Profesores Nacionales

- Dr. Foze Abud Neme
Dr. Gabriel Abud González
Dr. Guillermo Alatorre Sánchez de la Barquera
Dr. Antonio Alcazar Pineda
Dr. Jorge F. Alvarez Balbás
Dr. Enrique Arámburo Tirado
Dr. José R. Arrieta Gómez
Dr. Arturo Avila Lozada
Dr. Jorge Ayala Moran
Dr. Enrique Azuara Pliego
Dr. Miguel Ángel Betancourt Suárez
Dr. Mauricio Bogomolny Yankelevich
Dr. Daniel Bross Soriano
Dra. Heloisa C. de Toledo
Dr. Gonzalo Corvera Behar
Dr. Elías Curioca Karana
Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña
Dr. Sergio Esper Dib
Dr. Rafael Espinoza Ulloa
Dr. Germán Fajardo Dolci
Dr. Jaime Fandiño Izundegui
Dra. Sanjuanita Flores
Dr. Miguel Ángel García García
Dr. León Felipe García Lara
Dr. Rafael García Palmer
Dr. Jorge Gómez Molina
Dr. Armando González Romero
Dra. María Teresa Guerrero García
Dra. Araceli Gutiérrez de Velasco Hernández
Dr. Jose Ángel Gutiérrez Marcos
Dra. Xochiquetzal Hernández López
Dr. Mario Sabás Hernández Palestina
Dr. Guillermo Hernández Valencia
Dr. Masao Kume Omine
Dr. Jaime López López
Dr. Benjamín Macías Fernández
Dr. Fernando Martín B.
Dr. Luis G. Martín Armendariz
Dr. Francisco A. Martínez Gallardo
Dr. César Augusto Mena Ayala
Dr. Mauricio Morales Cadena
Dra. Patricia Nava Gómez
Dr. Edgar Novelo Guerra
Dr. Carlo Pane Pianese
Dr. Fernando Ramírez Oropeza
Dr. Fernando Romero Fernández
Dra. Marta Rosete de Díaz
Dr. Eugenio Salas Galicia
Dr. José Luis Salas Martinez
Dr. Juan Felipe Sánchez Marle
Dr. Guillermo Soberón Acevedo
Dr. Antonio Soda Murhy
Dr. Isaac Shubich Neiman
Dra. Martha Tarasco Michel
Dra. Carmen Tirado Gutiérrez
Dr. Bernardo Vera Hernández
Dr. Alvaro Zaragoza Hernández
Dr. Jorge Arturo Zavala Habib

Sábado 26 de abril de 2002

De 10:30 a 17:00

Salón La Constancia

Avances en fonocirugía

y

rehabilitación de la voz

Coordinador:
Dr. Masao Kume Omine

Sábado 26 de abril de 2002

De 10:30 a 17:00

Salón La Oriental

**2° Simposio Mexicano
de
Implante Coclear**

Coordinadores:

Dr. Gonzalo Corvera Behar

Dra. Marta Rosete

Mtra. Lilian Flores

Programa General

	Viernes 26	Sábado 27	Domingo 28	Lunes 29	Martes 30	
08:30 - 09:30	I N S C R I P C I O N E S	Trabajos Libres	Trabajos Libres	Trabajos Libres	Trabajos Libres	
09:30 - 10:30		Conferencia	Conferencia	Conferencia	Conferencia	
10:30 - 11:00		Actividades Académicas	VISITA A EXPOSICIONES			
11:00 - 12:00			Cursos Monográficos	Cursos Monográficos	Cursos Monográficos	Cursos Monográficos
12:00 - 13:00			Cursos Monográficos	Cursos Monográficos	Cursos Monográficos	Cursos Monográficos
13:00 - 13:30	Avances en fonocirugía y rehabilitación de la voz	VISITA A EXPOSICIONES				
13:30 - 15:00		Mesa Redonda	Mesa Redonda	Mesa Redonda	Conferencia Magistral y Clausura	
15:00		COMIDA JARDIN				
17:00	2° Simposio Mexicano de Implante Coclear					
20:30		Sesión de Negocios CMORL-CCC		Sesión de Negocios SMORL-CCC		
21:00	Ceremonia de Inauguración	Cena Museo de Arte Virreinal		Noche Libre	Cena de Clausura	
	Coctél de Bienvenida	Cena de Hospitalales y Sociedades				

Resúmenes

sábado 27 de abril de 2002

TRABAJOS LIBRES

08:30 - 08:45

1. EL ALTO

Lesiones no neoplásicas poco frecuentes que simulan tumores en glándulas salivales

Autores: *Dr. Carlos Eduardo Jaramillo*

Pichardo Dr. Jorge Alvarez Balbás

Dr. Alexander Villarreal Balbuena

Introducción: En el presente trabajo se presentan los casos detectados, de patología poco frecuente que simulan tumores en glándulas salivales, no siendo neoplásicas. **Objetivo:** Conocer el manejo y evolución de los pacientes con lesiones en glándulas salivales poco frecuentes que simulan neoplasias. En particular la Tuberculosis, Actinomicosis y Amiloidosis en glándulas salivales mayores, donde fueron detectadas. **Material y Método:** Se revisaron los archivos del departamento de Patología del Hospital de Especialidades, del Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho de cinco años, de 1995 a 2000, se descartaron las patologías neoplásicas malignas y benigna y se revisaron expedientes de los casos, con su respectivo seguimiento. **Resultados:** Se analiza y comenta el manejo y evolución de los siete casos detectados; encontrándose cuatro casos de Tuberculosis, tres en Glándula Parótida y uno en Glándula Submaxilar. Actinomicosis dos casos, un caso en Glándula Parótida y otro en Glándula Submaxilar. Amiloidosis un caso en Glándula Submaxilar.

08:30 - 08:45

2. Angelópolis

Utilidad de la ciprofloxacina vía oral en el tratamiento de la otitis media crónica, estudio comparativo con ciprofloxacino tópico

Autores: *Dra. Kenia Yanira Baños Hernández*

Dr. Omar Jesús Juárez Nieto

Dr. Alain Sánchez Vázquez del Mercado

Se define la Otitis Media Crónica Supurada, a la infección crónica del oído medio expresada por otorrea que sale a través de un tímpano perforado, la cual indica actividad clínica de la infección. La ausencia de secreción revela una etapa inactiva de la misma enfermedad. En el proceso hay cambios inflamatorios irreversibles en el mucoperiostio. Las manifestaciones como tejido de granulación, fibrosis, esclerosis, (miringo, o timpanoesclerosis), osteitis de la cadena oscilar, cápsula ótica, mastoides, así como granuloma de colesterol, y colesteatoma. Las estadísticas que se tiene a cerca de la incidencia de este fenómeno son parciales y no está muy clara su frecuencia, pero en general se puede mencionar que en nuestro hospital esta enfermedad motiva más del 50% de la consulta externa. Cuestión que motiva el interés de la realización de este estudio. Se observa que se presenta con mayor frecuencia en adultos jóvenes y adultos mayores teniendo como rango de edad entre los 20 a 60 años. Los microorganismos más frecuentes son: organismos gram negativos como la *Pseudomona Auroginosa*, enterobacterias como proteus, especies de *Klebsiella*, *E. Coli*, *Staphylococcus dorado*, flora mixta, como *Peptococcus*, *Bacteroides melanogénicos* y *B. Fragilis*. Dentro del manejo médico que se utiliza en

la fase activa de este proceso infeccioso, se utiliza la administración de ciprofloxacina vía oral, así como, su aplicación tópica por medio de gotas óticas de ciprofloxacino. Observando la mejoría clínica de la sintomatología en el paciente.

08:30 - 08:45

3. La Constancia

Análisis de la Experiencia del I.N.N.N. en la otoesclerosis

Autores: *Dra. María América Valverde*

Covarrubias Dra. Olivia Vales Hidalgo Dr.

Ramón Hinojosa González Dr. Carlo Pane Pianese

Objetivo: Este estudio reporta el resultado de las estapedectomías realizadas en 32 años en el servicio de neuro-otología en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. **Material y métodos:** Es un estudio retrospectivo de todas las estapedectomías realizadas desde 1969, en que se realizó la primera en el instituto y hasta septiembre del año 2001. **Resultados:** Se reportan los cambios auditivos posquirúrgicos usando el promedio de todas las frecuencias de la audiometría convencional, el criterio para valorar el éxito fue definido como un cierre en la brecha aérea-ósea de 10 dB o menos y sin disminución de la discriminación en la logaudiometría de más del 10%. Se analiza también el grupo de edad en el momento de la cirugía, el sexo, el tipo de prótesis utilizada, número de estapedectomías por año, localización del foco otoesclerótico y complicaciones. El éxito de la cirugía fue valorado audiológicamente como ya se mencionó previamente, se reporta así mismo el número de cirugías primarias y de revisión, con un reporte por años de seguimiento audiológico.

08:30 - 08:45

4. La Oriental

Evaluación de niños con síndrome de apnea obstructiva del sueño

Autores: *Dr. Armando Roberto Castorena Maldonado*

08:30 - 08:45

5. La Violeta

Estridor y quiste laríngeo

Autores: *Dr. Daniel González Dorantes*

Dra. Ma. del Carmen Medrano Tinoco

Los quistes representan un grupo mixto de lesiones benignas laríngeas que pueden obstruir la vía aérea. Los quistes saculares son primarios (82%) o secundarios (18%). El 58% se originan en el área glótica. Los quistes se dividen en anteriores y laterales. Congénitos o adquiridos, se presentan a cualquier edad. La presentación, suele ser estridor inspiratorio, quejido, dificultad para la deglución, cianosis, retracción xifoidea y tiraje intercostal. La fibrolaringoscopia es utilizada para el diagnóstico y el seguimiento. El diagnóstico definitivo se realiza mediante tomografía computada. Puede necesitarse traqueotomía para control de la vía aérea. Soporte nutricional y marzupialización del quiste. El estridor es un ruido producido por la turbulencia del flujo aéreo dentro de las vías aerodigestivas, característico de una patología, nunca diagnóstico. La historia perinatal y neonatal es relevante para el diagnóstico. Un niño con estridor, debe ser sometido a un vasto

interrogatorio y examen físico exhaustivo. Debe realizarse fibroscopia flexible en todos los casos, descartando lesiones supraglóticas y glóticas. Si no alcanza un diagnóstico claro, se recurrirá a la laringoscopia directa y a la broncoscopia, bajo anestesia general. Se presenta, en forma de cartel; el caso de un paciente femenino de 45 días de vida extrauterina quien acude a Urgencias con antecedente de neumonía y estridor inspiratorios desde el nacimiento, dificultad ventilatoria (Silverman/Anderson de 4 puntos), diagnosticándose por medio de endoscopia y laringoscopia directa la presencia de un quiste laríngeo, el cual es marzupializado en una laringoscopia directa; permitiendo a la paciente mejoría en la calidad de vida.

08:30 - 08:45

6. La Esperanza

Valoración del reflejo vestibulo - oculomotor mediante VORTEQ en patología vestibular periférica unilateral y en alteraciones de conexiones vestibulo - cerebelosas

**Autores: Dra. Heloisa C. de Toledo
Dr. Marco Antonio Garduño Anaya
Dr. Carlo Pane Pianese**

Los movimientos rotatorios de la cabeza a altas frecuencias requieren una compensación rápida de los movimientos oculares con el fin de estabilizar la imagen en la retina. Esta compensación se lleva a cabo mediante el reflejo vestibulo-oculomotor (RVO). El sustrato del RVO es un arco reflejo de tres neuronas que consiste en aferencia del canal semicircular, neuronas secundarias en los núcleos vestibulares y motoneuronas oculares. El cerebelo participa en la adaptación del RVO. Para la cuantificación del RVO utilizamos la medición de ganancia y fase mediante vestibulometría por autotorsión (VORTEQ), en donde un acelerómetro es fijado a una diadema en la cabeza del sujeto y la posición y velocidad angular de los ojos son medidas mediante electro-oculografía. La relación entre el movimiento de la cabeza y el de los ojos es analizada por una computadora durante los movimientos cefálicos voluntarios en el plano horizontal y vertical, en sincronía con un tono emitido por un metrónomo electrónico que se incrementa en frecuencia de presentación desde 1 hasta 5 Hz. La prueba permite valorar el RVO incluyendo la participación del laberinto, tallo cerebral y sistema oculomotor. No tiene la capacidad de indicar el lado de la lesión en una afección vestibular periférica o de diferenciar entre alteración vestibular periférica y central.

Objetivo. Determinar si la cuantificación del RVO a frecuencias altas de movimiento cefálico es una prueba que permite identificar cambios en la función vestibular asociados a patología vestibular periférica unilateral en comparación a sujetos sanos y reflejar alteraciones en la adaptación del RVO en casos de patología que afecten las conexiones vestibulocerebelosas. **Material y Métodos:** Se analizaron los valores de ganancia, fase y simetría en 10 sujetos sanos sin afección vestibular demostrada por ENG, 10 casos de afección vestibular periférica unilateral (5 pacientes con neuronitis vestibular y 5 con

enfermedad de Menière unilateral) con paresia canalicular en la ENG y 10 casos de síndrome cerebeloso que cursaban con dismetrias sacádicas, rastreo pendular sacádico y asimetría en la respuesta vestibular. **Resultados.** En ninguno de los 30 casos se detectó asimetría o alteración significativa en fase del RVO. El 80% de los casos presentó menor ganancia (promedio de 0.78+0.22) aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa entre los tres grupos de pacientes. **Conclusiones.** La valoración cuantitativa de ganancia, fase y simetría del RVO mediante VORTEQ no permite determinar alteración en la función vestibular secundaria a lesión vestibular periférica unilateral. La prueba no es sensible a pobre adaptación del RVO determinada por afección en conexiones vestibulocerebelosas. A pesar de que durante las rotaciones activas de la cabeza a altas frecuencias el mayor regulador de los movimientos oculares es el RVO, existen otras estructuras neurales que contribuyen a la compensación de los movimientos de los ojos.

08:45 - 09:00

**1. El Alto
Implantes cocleares: nuestras primeras experiencias**

**Autores: Dra. Adriana López Ugalde
Dra. Pilar Canseco Calderón**

**Dr. Juan Fajardo Arroyo Dra. Beatriz Cuevas
Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña
Dr. Pedro Berruecos**

Los implantes cocleares fueron aceptados por la FDA en 1984, las marcas, modelos y técnicas muestran muchas variantes, sin embargo, es un hecho que es una solución viable para los pacientes con sordera profunda. La elección de los candidatos, implica un complejo y multidisciplinario trabajo. Presentamos nuestras primeras experiencias en el Hospital General de México, en los 13 pacientes implantados desde febrero del 2000; desde un año hasta 50 años de edad; 10 son Medel Combi 40+ y 3 Cochlear; se mencionan en el DC las características de cada uno; los criterios de selección audiológicos y otorrinolaringológicos, nuestra técnica quirúrgica, las complicaciones y resultados.

08:45 - 09:00

**2. Angelópolis
Expresión de la molécula E-Catherina en el
carinoma epidermoide de laringe**

**Autores: Dra. Lisette Cristerna Sánchez
Dr. Gonzalo Jiménez Orci**

**Dr. José Sullivan López González
Dra. Ma. Eugenia Vázquez Manriquez**

Introducción: En la región de Cabeza y Cuello, la laringe es el segundo sitio más común donde se origina un tumor epitelial maligno. El carcinoma de células escamosas (CCE) es el tipo predominante de cáncer laríngeo representando el 90%. **Objetivo:** Determinar y comparar la expresión de la molécula de E-Cadherina en el carcinoma epidermoide de laringe en diferentes grados de diferenciación celular. **Material:** 36 pacientes incluidos, 26 casos problema, 10 casos control del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. **Método:** En el departamento de otorrinolaringología: Historia clínica

completa, estudios de gabinete, tomografía computada de cuello, procedimiento quirúrgico, microlaringoscopia directa de suspensión con toma de biopsia de laringe. En el departamento de Patología: se enviaron las muestras de tejido se fijan en formol al 10%, se procesaron y se estudiaron en microscopia óptica confirmando el diagnóstico histológico. En el departamento de Enfermedades Crónicas-Degenerativas, Unidad de investigación: peroxidasa endógena, Tritón X-100, determinación de la molécula de E-cadherina en los tejidos mediante inmunohistoquímica. Resultados: Del total de 36 paciente, 26 (72.2%) constituyeron el grupo problema con diagnóstico de carcinoma epidermoide y/o lesiones premalignas de laringe, 10 (27.8%) el grupo control, de los pacientes con carcinoma epidermoide 50% se estadificó en grados III y IV, agrupando al carcinoma epidermoide de laringe en una sola variable, sin distinción del grado de diferenciación tumoral, se observó que el patrón y localización predominante de la expresión de la molécula de E-cadherina fue heterogéneo (50%) y membrana y citoplasma (42%), la intensidad de la molécula de E-cadherina se manifestó fuertemente en epitelio normal 58%, mientras que en displasia e infección de virus de papiloma humano la tendencia fue débil (61.5% y 33% respectivamente). Conclusiones: El objetivo de este trabajo fue la identificar la importancia de los biomarcadores que ayudan significativamente en la estadificación del carcinoma epidermoide de laringe, lo cual podría establecer el riesgo relativo del cáncer de células escamosas de cabeza y cuello, específicamente de laringe.

08:45 - 09:00

3. La Constancia**Estenosis subglótica traqueal (17 casos)**

**Autores: Dr. Fernando Silva Chacón
Dr. Carlos Vázquez B.**

Los autores presentan 17 casos de estenosis subglótica traqueal en el niño, de etiología congénita (5 casos), adquirida (12 casos), por entubación prolongada (9 casos), traqueostomía (3 casos). Siendo su manifestación clínica el estridor severo, por lo que se realizó traqueostomía de emergencia en 16 casos. Se utilizó como método complementario de diagnóstico Rx, Xeroradiografía, T.C. Y endoscopia. Fueron intervenidos 15 casos utilizando diferentes técnicas quirúrgicas, previa dilatación en algunos casos. Siendo la técnica de Cotton con la que mejores resultados obtuvimos.

08:45 - 09:00

4. La Oriental**Importancia de los sondeos auditivos en escuelas para la detección de problemas auditivos leves**

Autores: Fga. Mariana López Seco Lic. Mónica López Negrete Mtra. Ma. Teresa Amigo Pont

El objetivo principal de este trabajo es el de destacar la importancia de realizar sondeos auditivos en las escuelas. Para ello, se tomó una muestra de tres colegios de nivel socio - económico medio - alto, de la ciudad de México. La aplicación del sondeo fue opcional. El estudio consistió en realizarle a cada niño las siguientes pruebas: otoscopia,

impedanciometría y rastreo de tonos puros. Se evaluaron 447 niños de edades entre los tres y los 10 años, de los cuales 290 no presentaron ningún trastorno auditivo (64.88%). Los 157 niños restantes (35.12%), presentaron alguna alteración y fueron referidos a un especialista (audiólogo y/o otorinolaringólogo) para su valoración y tratamiento oportuno. Este alto porcentaje de niños con algún problema auditivo, llama la atención, ya que en la población evaluada no había sospechas de pérdida auditiva. De aquí la importancia de la realización de los sondeos auditivos de manera periódica.

08:45 - 09:00

5. La Violeta**Laringopiocele mixto interno y externo estudio preoperatorio y diagnóstico endoscópico, presentación del tratamiento quirúrgico y revisión postoperatoria del paciente**

**Autores: Dr. Carlo Pedroza Méndez
Dr. Salvador Vera Luna
Dr. Carlos López Salazar
Dr. Alfonso Jaramillo León**

Se presenta caso clínico interesante por ser infrecuente de esta enfermedad en mujeres, ya que según la revisión bibliográfica, es más frecuente en varones, ocasionalmente se infectan, y siendo los laringoceles externos los más frecuentes. Se presenta el caso de una paciente femenina de 72 años de edad, bronquítica crónica y tos crónica, con presencia de disfagia alta y presencia de tumoración en la cara lateral del cuello. A la laringoscopia directa, muestra la presencia de prolapso del saco ventricular y a la TAC de cuello, muestra la presencia de lesión de tipo mixto, que es sometida a laringoscopia y punción del saco del cual se obtiene material purulento, y posteriormente se somete a resección de la lesión por el cuello. Se hace una revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

08:45 - 09:00

6. La Esperanza**Dermatofibrosarcoma protuberans de piel cabelluda gigante. Un caso excepcional**

**Autores: Dr. A. Guíeshuba Donis Hernández
Dr. Gustavo R. Sánchez R.
Dra. Ma. Eugenia Becerril M. Dr. Francisco Herrera C.**

Dr. Marco A. Huerta

El dermatofibrosarcoma protuberans, es una entidad rara dentro de los tumores de tejidos blandos. Su origen es el tejido histiocítico con componente fibroblástico. Se debe considerar como un sarcoma de grado intermedio de malignidad. Clínicamente se caracteriza por tumores subcutáneos en general pequeños (de 3 a 18 cms.). Se localizan principalmente en tronco, pared abdominal y cabeza y cuello. Su tratamiento es quirúrgico con un alto índice de recurrencia local. Material y métodos: se presenta un caso excepcional de un paciente masculino de 36 años sin antecedentes de importancia con un dermatofibrosarcoma protuberans en región frontoparietal recidivante en 2 ocasiones en un periodo de 3 años. Conclusiones: el dermatofibrosarcoma protuberans es una neoplasia rara con alto índice de recurrencia local a pesar de

un tratamiento quirúrgico adecuado. Este caso constituye una excepción dada la localización y las dimensiones (23 cms. En su diámetro mayor).

09:00 - 09:15

1. El Alto

Trombosis del seno cavernoso

Autores: Dr. Jesús Abel García Mendoza

Dr. Marcos Antonio Rodríguez Perales

Dr. Guillermo Navarro Santos

Masculino 22 años, cuadro clínico 72 horas evolución, furúnculo en mejilla izquierda tratado con antibioterapia IV. sin mejoría ; inicia con desorientación y somnolencia intermitente, disminución de agudeza visual, fiebre, desorientado, pupilas arreactivas, proptosis izquierda, oftalmoplejia total, quemosis, edema periorbitario, agudeza visual cuenta dedos a 10 cms. furúnculo en mejilla izquierda 1x2 cm.; BH leucocitosis de 19000;TAC de macizo facial con edema del contenido orbitario izquierdo, proptosis, no colecciones; RMN con aumento difuso en la intensidad de señal de las estructuras paraselares, asimetría del seno cavernoso izquierdo, disminución en la intensidad de señal de nervio óptico. Se manejó con ceftriaxona, gentamicina, dexametasona a dosis altas; sometido a descompresión quirúrgica orbitaria y nervio óptico vía endoscópica retirando lámina papirácea y rayado de la periórbita; se agregó heparina de bajo peso molecular; en la evolución post operatoria de 3 semanas con mejoría total de la proptosis, agudeza visual de 20/40, leve paresia del recto externo, pupilas normales, estado neurológico normal. El antecedente de infecciones en tercio medio facial u orbitarios, proptosis, quemosis, disminución de la agudeza visual, oftalmoplejia, alteraciones del sensorio, aunado a alteración radiológica del seno cavernoso, debe sospechar de trombosis del seno cavernoso, el cual lleva elevada morbi-mortalidad. El diagnóstico es clínico, la piedra angular del tratamiento es el inicio temprano de antibióticos cubriendo estafilococo dorado; la cirugía se reserva a tratar infección del sitio de origen, la descompresión quirúrgica orbitaria en casos de disminución progresiva de la agudeza visual.

09:00 - 09:15

2. Angelópolis

Traqueostomía percutánea: modelo experimental en perros

Autores: Dr. Arturo Ramírez García

Dra. Claudia Gutiérrez Guzmán

M.V.Z. Raúl Olmos Zúñiga

M.C. Avelina Sotres Vega

Dr. Francisco Ochoa Carrillo

Dr. Patricio Santillán

Dr. Rogelio Jasso Victoria

Antecedentes: La traqueostomía percutánea (TP) fue utilizada por primera vez en 1957 en Estados Unidos como una alternativa para la técnica abierta. Sin embargo, no se encontró el éxito clínico esperado. Desde entonces se han descrito varias técnicas para la realización de dicho procedimiento, actualmente la técnica más frecuentemente utilizada es al uso de dilatadores con guía broncoscópica. En la literatura se encuentran similares complicaciones con TP y traqueostomía convencional (TC), disminuyendo las

complicaciones con la primera técnica por el uso del broncoscopio y durante la curva de aprendizaje. La TP es una técnica que ofrece una buena alternativa a los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. El presente estudio contempla una fase inicial para su aplicación en un modelo experimental en perros. Justificación: La TP es una alternativa útil y práctica para ser utilizada en los pacientes que necesitan intubación endotraqueal prolongada. A través del tiempo se han desarrollado diferentes técnicas o modificaciones para su aplicación ya que no se ha obtenido el éxito esperado, por lo que consideramos necesario realizarla en un modelo canino. Objetivo: Comparar la técnica de TP con guía broncoscópica, y la técnica convencional, y evaluar las complicaciones tempranas (mayores y menores) así como los factores que incidieron en la misma. Material y Método: tipo de estudio: prospectivo, longitudinal, de tipo experimental en perros. Se utilizarán 12 perros mestizos clínicamente sanos, con un peso entre 15 y 18 Kg. que se obtendrán de centros antirrábicos, dividiéndose en dos grupos de estudio. GRUPO I (n=6): se realizará TP dirigida por broncoscopia. GRUPO II (n=6): se realizará traqueostomía convencional. Se evaluó radiográficamente la posición de la cánula y el estado de los campos pulmonares inmediatamente después de la cirugía. Se analizaron el tiempo quirúrgico de los procedimientos, así como complicaciones mayores y menores en la fase temprana. Se analizan y comentan los resultados obtenidos hasta el momento, comparándolos con lo reportado actualmente en la literatura.

09:00 - 09:15

3. La Constancia

Reconstrucción laringotraqueal en una sola etapa con autoinjerto de cartilago. Estudio prospectivo

Autores: M. en C. Pablo Mendoza Hernández

Objetivo: presentar las indicaciones, técnica quirúrgica y resultados de la reconstrucción laringotraqueal, en una sola etapa, en pacientes con estenosis laringotraqueal. El éxito de esta técnica es el mantener una luz laringotraqueal aceptable, sin necesidad de prótesis en esa región. Ha sido ampliamente usada la técnica en niños con excelentes resultados. Diseño del estudio: es un estudio prospectivo, en donde se incluyen cinco pacientes, cuatro adultos y una niña con diagnóstico de estenosis laringotraqueal, captados en la CE del Servicio de Otorinolaringología del Hospital de Especialidades C.M.N. "Manuel Avila Camacho" IMSS Puebla, se realizó tomografía lineal de faringe y tráquea, videoendoscopia, para evaluar movilidad de ambas cuerdas vocales y endoscopia para descartar reflujo gastroesofágico, fueron sometidos al procedimiento con autoinjerto de cartilago, ya sea auricular o esternal en un periodo comprendido desde marzo hasta noviembre del 2001. Resultados: la evolución en el postoperatorio inmediato fue sin complicaciones y los pacientes fueron externados dentro de los primeros seis días a su domicilio, no fue posible la decanulación inmediata, tres pacientes han sido sometidos a evaporación de sinequias con láser de CO2 cada ocho semanas, dejando una luz

del 100% y la obturación de la cánula es tolerada al realizar ejercicios por lo que se retira. A un paciente se le dejó una prótesis de silastic con glotis por ocho semanas y se evaporaron sinequias cada dos meses, no siendo posible el retiro de la traqueostomía y un quinto paciente deberá ser reintervenido, ya que nuevamente se ocluyó la subglotis. Conclusiones: la reconstrucción laringotraqueal, en una sola etapa es un procedimiento que nos permite decanular a los pacientes con estenosis laringotraqueal, en un tiempo relativamente corto, con morbimortalidad mínima y resultados satisfactorios a mediano plazo.

09:00 - 09:15

4. La Oriental

Síndrome de Laurence - Moon - Bield

Autores: Dr. Andrés Sánchez González

Dra. Teresa González Galindo

Dr. Miguel Ángel Azpeitia Torres

Dra. Norma Pérez León

Se presenta el caso de un paciente masculino de 16 años de edad, con antecedentes de consanguinidad entre sus padres y presenta al nacimiento dentición neonatal, hipospadia perianal, criptorquidia bilateral, pseudohermafroditismo, y riñón izquierdo con doble sistema pielocalicial. Su padecimiento inicia a los 14 años con hipoacusia sensorineural bilateral y un año después retinitis pigmentaria bilateral. Cuenta con estudios radiológicos, ultrasonográficos, tomografía computada así como audiometría y potenciales evocados auditivos. También denominado síndrome de Bardet-Bield con herencia de tipo autosómico recesivo que se incrementa ante consanguinidad, con alteraciones localizadas en los cromosomas 11q13, 16q21, entre otros. Inicialmente descrito por Bardet y Bield en la década de los 20's, reportándose en la literatura hasta el momento 300 casos. El espectro de la enfermedad incluye diversas manifestaciones: hipoacusia sensorineural, retraso mental, anomalías dentales, retinitis coroidea, hipogenitalismo, defectos renales en 100%, talla baja, obesidad, polidactilia y diabetes mellitus. La calidad de vida de los pacientes es muy pobre debido al grave deterioro mental, visual y auditivo, considerando además una corta sobrevida por disfunción renal.

09:00 - 09:15

5. La Violeta

Síndrome de Eagle. Reto diagnóstico

Autores: Dr. Miguel Gutiérrez Aceves

Dr. Miguel Ángel Gutiérrez Ramírez

Dr. J. Antonio Sordo Pérez

En el síndrome de Eagle, donde encontramos la presencia de una apófisis estiloides elongada fue descrito desde 1937 por Eagle, atribuyendo la sintomatología a la cicatrización alrededor de la punta de la estiloides, actualmente utilizamos también el término de estilalgia. La longitud normal de la apófisis estiloides varía considerablemente reportándose en un rango de 2 a 3 cm, de aquí se deriva el Ramillete de Rioldo (conjunto de músculos y ligamentos estileos) de los cuales la estructura más importante es el ligamento estilohioideo. En su etiología existen 2 grupos, el primero se asocia con la elongación de la apófisis estiloides y el segundo a factores locales que

contribuyen a este síndrome, aun con una apófisis estiloides con longitud normal. La sintomatología es muy vasta y en ocasiones vaga, por lo que amerita de un alto grado de sospecha clínica y un excelente estudio del paciente. Una vez que ha sido diagnosticada esta patología podemos ofrecer al paciente un tratamiento médico sintomatológico adecuado, si éste no es satisfactorio deberá de realizarse la extirpación de la apófisis estiloides mediante cirugía por vía externa. En este trabajo presentamos nuestra experiencia en 3 pacientes.

09:00 - 09:15

6. La Esperanza

Secuelas de parálisis facial en pacientes tratados con estimulación eléctrica

Autores: Dra. Irma Azucena Barragán Gómez

Dr. José Juan Narvaez Huerta

Dr. Carlo Pane Pianese

En el tratamiento de parálisis facial periférica, está contraindicada la estimulación eléctrica, debido a que los músculos de la cara son pequeños y están cercanos, la contracción producida por la aplicación de un estímulo eléctrico se parece a la acción de masa, lo cual refuerza tipos motores anormales. La sincinesia se ha definido como "sincronía anormal de movimiento que tiene lugar con actividad voluntaria y refleja de los músculos que en condiciones normales no se contraen juntos". Existen tres mecanismos que se piensa son responsables, transmisión efáptica periférica de impulsos entre axones, regeneración aberrante de fibras del nervio facial y reorganización sináptica dentro del núcleo del nervio facial. El propósito de este estudio es comparar el grupo de pacientes con sincinesias que recibieron estimulación eléctrica y aquéllos que no la recibieron como manejo de su parálisis facial. Así como, la incidencia de la misma, el promedio de inicio después de instalada la parálisis, la relación que existe entre la sincinesia y el grado de disfunción facial por estimulación eléctrica. Se realizó el seguimiento de pacientes que acudieron de primera vez a la consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía con diagnóstico de parálisis facial periférica entre el periodo comprendido entre Enero 2000 a Diciembre del 2001, se interrogó si existía el antecedente de tratamientos previos, como estimulación eléctrica u otros y se observó si se llegaba a presentar sincinesias. Resultados y conclusiones serán presentados al terminar de recolectar datos del periodo seleccionado.

09:15 - 09:30

1. El Alto

¿Significa mi ronquido algo más?, correlación clínica, radiológica, endoscópica y polisomnográfica

Autores: Dr. Jaime Vera Domínguez

Dr. Luis Victoria Vera

Dra. Alexandra Rodríguez Morales

Dr. Guillermo Navarro Santos

En los centros especializados del sueño el ronquido habitual y la apnea obstructiva del sueño son los trastornos más observados, se ha demostrado que la apnea obstructiva aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial, cardiopatía, infarto cerebral y

otras enfermedades que ponen en riesgo la vida del sujeto, en el presente estudio se incluyeron 40 pacientes referidos al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Central Militar, por presentar roncopatía u otra sintomatología sugestiva de trastornos del sueño; previa valoración clínica fueron sometidos a estudio del sueño nivel III (portátil); con oculometría, medición de frecuencia cardíaca, sensor de flujo aéreo nasal, sensor de esfuerzo respiratorio torácico y abdominal, oximetría y sensor de movimientos de msis). Se realizó correlación con resultados de cuestionario dirigido escrito, cefalometría, y nasofaringolaringoscopia. Resultados: 8 pacientes presentaron rdi mayor de 30 todos con apnea de tipo obstructivo, el mayor índice encontrado fue de 85.45. Conclusiones: el estudio del sueño nivel III, es útil para diagnosticar pacientes con apnea obstructiva del sueño, por su característica portátil es práctico como herramienta clínica del otorrinolaringólogo. Es importante el abordaje integral sistematizado del paciente con trastornos del sueño.

09:15 - 09:30

2. Angelópolis**Variación de niveles de calcio sérico post tiroidectomía****Autores: Dr. Mauricio Morales Cadena****Dra. Berenice Miranda García**

El objetivo de este estudio es cuantificar el nivel de calcio sérico pre y postquirúrgico, en pacientes sometidos a tiroidectomía en el Hospital Español de México; haciendo la correlación clínica, con tejido paratiroideo resecado en forma incidental, confirmado por patología e hipocalcemia sintomática en el postoperatorio inmediato. Es un estudio retrospectivo, tomando como base, los expedientes clínicos de cada paciente en forma consecutiva, sometido a cirugía tiroidea. Se excluyeron, aquellos pacientes a los que se les realizó paratiroidectomía programada, por hiperparatiroidismo secundario. Se analizó el procedimiento (hemitiroidectomía, tiroidectomía total, exploración quirúrgica de cuello, disección radical modificada de cuello), y su correlación con un incremento en la incidencia de hipocalcemia sintomática. Posteriormente, se hace la descripción de los resultados encontrados de acuerdo al tipo de procedimiento y las conclusiones sobre el tema.

09:15 - 09:30

3. La Constancia**Síndrome de agujero rasgado posterior.****Casuística y manejo en el Hospital Juárez de México (1991 - 2001)****Autores: Dra. Verónica Vázquez Ballesteros****Dr. Francisco Javier Saynes Marín****Dr. Guillermo Hernández Valencia**

Objetivo: revisar la casuística de 1991 al 2001 sobre los presentación de casos sobre síndrome de agujero rasgado posterior. Material y método: se evaluarán todos los casos de síndrome de agujero rasgado posterior que se hayan presentado en el periodo ya mencionado en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Juárez de México, forma de presentación, diagnóstico y manejo. El síndrome de agujero rasgado posterior es un conjunto de manifestaciones originadas por la afección del agujero del mismo

nombre situado en la base del cráneo en la fosa posterior que da salida a los pares craneales IX, X y XI así como, a la vena yugular interna, las etiologías más frecuentes son los tumores intra y extraaxiales, y las fracturas de la base del cráneo a ese nivel, produciendo en ambos casos parálisis ipsilateral de los nervios involucrados cuya presentación clínica dependerá de los nervios afectados ya que en ocasiones el síndrome se da de manera parcial, por lo que están descritos en la literatura varias formas de presentación (p.ej Síndrome de Jackson, Tapia, Vernet, etc) lo que origina una amplia gama de manifestaciones como disfagia, disfonía, parálisis del paladar blando, anestesia faríngea, incapacidad para girar la cabeza y para elevar los hombros. Los estudios de imagen son de gran importancia para determinar la localización y extensión de la causa subyacente.

09:15 - 09:30

4. La Oriental**Evaluación integral del acúfeno****Autores: Dr. León Felipe García Lara****Dr. Roberto Sánchez Larios****Dr. Alfredo Vega Alarcón****Dr. Carlo Pane Pianese**

El diagnóstico y tratamiento de los pacientes que padecen de acúfeno, constituye un verdadero reto aun para los médicos especialistas en este campo. Un acúfeno, puede ser desde la expresión de una entidad idiopática, sin mayor repercusión local o en algún otro órgano, hasta la manifestación única o asociada de una enfermedad que requiera un tratamiento adecuado y oportuno. En forma inicial, las características que refiera el enfermo en cuanto a cómo percibe este sonido, así como los datos que se puedan obtener del examen físico (en general escasos), darán la pauta para poder establecer la ruta de manejo que se deberá de seguir; determinar, si se trata de un acúfeno objetivo o subjetivo, es un paso importante para este fin. Complementan la evaluación clínica diversos estudios de laboratorio y gabinete, en especial la audiometría, los potenciales evocados auditivos de tallo cerebral, la tomografía computada y la resonancia magnética nuclear. Dependiendo del diagnóstico presuncional, se realizarán además, estudios dirigidos como lo es el protocolo para enfermedad vascular de cabeza ya cuello, y para enfermedades desmielinizantes, por mencionar algunos ejemplos. El presente trabajo muestra, de una manera sencilla y práctica, la forma en que realizamos la evaluación integral del paciente con acúfeno, que ayudará al médico en sus decisiones diagnósticas y terapéuticas.

09:15 - 09:30

5. La Violeta**Aplicación de bismuto en amigdalectomía****Autores: Dr. Alberto Labra Herrera****Dr. Ángel D. Huerta Delgado****Dr. Jorge Alanis Calderón**

Objetivo: evaluar la eficacia de la aplicación transoperatoria de bismuto en la amigdalectomía como hemostático. Material y método: 20 pacientes operados de amigdalectomía fueron divididos en 2 grupos, evaluando el sangrado, tiempo quirúrgico y métodos hemostáticos. Resultados: se observó

menor sangrado y tiempo quirúrgico en los pacientes a los que se les aplicó bismuto. Conclusiones: la aplicación de sales de bismuto es útil para disminuir el sangrado en amigdalectomía.

09:15 - 09:30 **6. La Esperanza**
Extirpación quirúrgica de tumor de glomus timpánico

Autores: *Dr. Salvador Vera Luna*
Dr. Alfonso Jaramillo Ledesma
Dr. Alfonso Jaramillo León

Dra. Cynthia Mayra De la Cruz Ruelas

Se presenta caso clínico, interesante por tratarse de un tumor de Glomus timpánico, en una paciente del sexo femenino de 63 años de edad, quien cursa con dos años de evolución, con sensación de acúfeno pulsátil en oído izquierdo. Antecedentes de interés: la paciente es asmática y enfisematosa, con tabaquismo positivo desde hace ocho años, con un promedio de 10 cigarrillos por 24 horas, desde la edad 10 años. A la exploración física, presenta una lesión hemorrágica tumoral en la caja y membrana timpánica izquierda, pulsátil, la TAC comparativa de oídos, simple y contrastada, muestran imágenes compatibles con tumoración de partes blandas, ocupativa de caja timpánica izquierda. La audiometría reporta hipoacusia mixta de predominio conductivo, impedancia muestra rigidez del sistema, con ausencia de reflejo ipsi, compliance muy alto. Se somete a video grabación endoscópica asistida, por métodos electrónicos (micrófono y amplificador de sonidos) lográndose demostrar como acúfeno objetivo. Se somete a extirpación de la tumoración mediante mastoidectomía radical y se envía a estudio histopatológico. Se hace revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

CONFERENCIAS

09:30 - 10:30 **1. El Alto**
Tratamiento de las deformidades nasales

Autores:

09:30 - 10:30 **2. Angelópolis**
Autores: *Thomas Murry Ph.D.*

09:30 - 10:30 **3. La Constancia**
Láser en septoplastia y turbinectomía parcial
Autores: *Docteur Yves Victor Kamami*

09:30 - 10:30 **4. La Oriental**
Otoesclerosis, histología y cirugía
Autores: *Dr. Marcos Goycolea*

09:30 - 10:30 **5. La Violeta**
Biología molecular y genética de la sordera sensorineural
Autores: *Laurence Grobman M.D.*

09:30 - 10:30 **6. La Esperanza**
Especialidades Afines

CURSOS MONOGRÁFICOS

11:00 - 12:00 **1. El Alto**
Complicaciones y dificultades en rinoseptoplastia
Autores: *Dr. José A. Patrocinio*

11:00 - 12:00 **2. Angelópolis**
Uso del microdebridador
Autores: *Dr. Alberto Arias Castratt*

11:00 - 12:00 **3. La Constancia**
Otoplastia
Autores: *Dr. José Luis Salas Martínez*

11:00 - 12:00 **4. La Oriental**
Soluciones a problemas audiológicos y quirúrgicos en implantes cocleares
Autores: *Dr. Antonio Soda Merhy Dra. Martha Rosete de Díaz Dr. Pedro Berruecos*

Aunque las neoplasias que afectan a las cavidades de la nariz y los senos paranasales no son muy frecuentes, el conocimiento de las mismas por parte del ORL general es indispensable para establecer un diagnóstico lo más completo y temprano posible, utilizando los aspectos clínicos como punto de referencia inicial, así como la correlación radiológica e histopatológica, para de esa manera, instituir el mejor plan de tratamiento posible. Se hace una revisión del tema con una puesta al día en cuanto al diagnóstico y tratamiento de dichas neoplasias, acompañándola con casos quirúrgicos vividos por los autores y la forma como fueron manejados.

11:00 - 12:00 **5. La Violeta**
Diagnóstico y tratamiento de los cuerpos extraños alojados en laringe, tráquea, bronquios y esófago
Autores: *Dr. Fernando Silva Chacón*

El objetivo de este curso es dar normas o pautas sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentan cuerpos extraños alojados en laringe, tráquea, bronquios y esófago que a veces son tratados erróneamente con el diagnóstico de otras patologías y que en el estudios radiológico, T.C. y/o R.M.N. se reportan como normales en algunos casos. Ver la importancia, ventajas y desventajas de la endoscopia rígida. Si el cuerpo extraño no es diagnosticado tempranamente, puede llevar a la muerte del paciente por las complicaciones que puede ocasionar, temprana o tardíamente. De ahí la importancia de este curso.

11:00 - 12:00 **6. La Esperanza**
Fisiología del ejercicio vocal
Autores: *Dra. Martha Tarasco Michel*

Muchos de los tratamientos foniatricos para las alteraciones vocales consisten en el entrenamiento de la musculatura involucrada en la fonación, tanto a nivel laríngeo como extra laríngeo y torácico. La fisiología del ejercicio es tan sofisticada actualmente que puede medirse el consumo de oxígeno, los requerimientos metabólicos y la producción de energía. Sin embargo, aunque estos principios generales de la musculatura corporal, pueden aplicarse a cualquier otro músculo de tipo

esquelético, como es el caso de las cuerdas vocales, la musculatura extralaringea y el grupo de músculos involucrados en la respiración, debido a que no existen investigaciones directas sobre los efectos del ejercicio vocal, se desconocen los datos fisiológicos precisos. Pero es factible, aun así, inferir sus procesos fisiológicos. Por otro lado sabemos que la tensión muscular en las cuerdas vocales promueve la síntesis proteica de la membrana basal, que afectará el metabolismo celular y tendrá repercusiones directas sobre la ejecución vocal. Aunado a estos factores, conocemos la influencia de factores externos sobre el metabolismo, y todas las funciones involucradas durante la fonación. Por ello es importante conocer los tipos de aporte energético que se requieren durante el ejercicio vocal, tanto aeróbicos como anaeróbicos, y su repercusión en el sistema metabólico y en la adecuada ejecución vocal. Se revisarán también durante el curso, los principios de los ejercicios respiratorios y en algunos factores de la transmisión neuromuscular que pueden influir en algunas patologías vocales.

12:00 - 13:00

1. El Alto

Refinamientos en la cirugía plástica rinofacial
Autores: Dr. Armando González Romero

12:00 - 13:00

2. Angelópolis

Actualidades en cirugía de la válvula nasal
Autores: Dr. Guillermo Alatorre Sánchez de la Barquera Dra. Miriam Grisales Bejarano
Dr. Adán Américo Fuentes Canales

Este minicurso revisa concienzudamente el tema de cirugía de la válvula nasal. Empezando con los antecedentes históricos citando a Mink, Freer, Killian, Van Dishoeck y Udstromer. Posteriormente, se habla de la clasificación, tanto desde el punto de vista etiológico y fisiopatológico de las alteraciones del área valvular. Se continúa con el diagnóstico de las alteraciones valvulares, y se finaliza con una descripción detallada de las técnicas quirúrgicas para resolver cada problema específico, ilustrando cada una con dibujos y fotografías.

12:00 - 13:00

3. La Constancia

Técnicas en timpanoplastia
Autores: Dr. León Felipe García Lara
Dr. Carlo Pane Pianese

En la actualidad existen diversas técnicas quirúrgicas para la reparación de una perforación timpánica. Gran parte del éxito anatómico y funcional de una timpanoplastia depende de una adecuada selección de la vía de abordaje y de la técnica específica. Los procedimientos debemos dividirlos en aquellos que son exclusivamente confinados a la membrana timpánica (miringoplastia) y los que incluyen manipulación de alguna otra estructura de la caja timpánica (timpanoplastia). Las vías de abordaje incluyen; a la endomeática, la endaural (poco utilizada) y la retroauricular. Cada una de ellas tiene indicaciones precisas para permitir una visión completa de la zona que se trabajará. Las miringoplastias se indican principalmente en perforaciones traumáticas recientes y en ocasiones en perforaciones pequeñas. La forma de colocación

del parche o injerto puede ser sobre el remanente, debajo de él, o mediante un colgajo de membrana. Las timpanoplastias se dividen en dos procedimientos principales: la técnica 'overlay' (colocación del injerto por arriba de la capa fibrosa del remanente timpánico) y la 'undelay' (por abajo del remanente). La forma de realizar los colgajos dérmicos y su extensión dará origen a las diferentes variables de cada una de las técnicas anteriores. El presente curso muestra de una manera detallada las ventajas y desventajas de las diferentes técnicas que se utilizan para reparar una perforación timpánica.

12:00 - 13:00

4. La Oriental

Rinosinusitis, cómo proceder ante fallas al tratamiento médico y/o quirúrgico establecido

Autores: Dr. Miguel Ángel Betancourt Suárez

La rinosinusitis es uno de los padecimientos inflamatorios más frecuentes en la práctica otorinolaringológica. El manejo de esta patología puede ser médico, quirúrgico o ambos, y en la mayoría de los casos la respuesta es satisfactoria. Sin embargo, con cierta regularidad se observan casos de rinosinusitis que son difíciles de controlar ya que el paciente continúa refiriendo sintomatología o bien el clínico observa objetivamente persistencia de la enfermedad a pesar de los tratamientos convencionales establecidos. En el presente curso se exponen los tres tipos de fallas encontradas regularmente en el tratamiento de la rinosinusitis y se exponen las maneras para resolverlas. Se hace una revisión de la literatura y se ejemplifica con casos reales según la experiencia del autor. La primera falla la encontraremos cuando el paciente se refiere asintomático pero el médico observa persistencia de la patología, en estos casos, en términos generales se debe de estimular al paciente para que continúe con su terapéutica médica para el adecuado control de la patología a largo plazo; patología que puede ser de origen inflamatorio, inmunológico, infeccioso, degenerativo o tumoral. La segunda falla se observa cuando el paciente refiere sintomatología y el clínico no encuentra evidencia de enfermedad nasosinusal. En este caso se debe de valorar el estado inmunoalérgico con mayor conciencia, se hace una revisión de patologías diferentes a la nasosinusal y que en un momento dado pueden desencadenar molestias parecidas a ésta, tales como el reflujo gastroesofágico, síndromes dolorosos miofaciales y algunas otras como neoplasias en el sistema nervioso central. La tercera y última falla la encontramos cuando el paciente refiere sintomatología nasosinusal y nosotros observamos realmente una patología que no responde a nuestros esfuerzos médicos y quirúrgicos por controlarla. Aquí se hace mención de métodos diagnósticos más sofisticados para tratar de dilucidar el verdadero origen de la enfermedad o bien, para encontrar la posible asociación de dos o más entidades comórbidas que, de no tratarse adecuadamente cada una de ellas el paciente podría continuar con las molestias. También se hace mención de los tratamientos médicos óptimos y máximos para lograr controlar una patología inflamatoria de difícil control,

así como, de técnicas quirúrgicas más radicales que logren maximizar la funcionalidad de los senos paranasales y tener un mejor control de la enfermedad. Para cada una de las fallas mencionadas con anterioridad, se hace una revisión de la literatura y se ilustra con casos reales experimentados por el autor, los casos incluyen el seguimiento a largo plazo para que el asistente se dé cuenta perfectamente de la evolución de los pacientes.

12:00 - 13:00

Asma y alergia para el otorrinolaringólogo actual

Autores: **Dr. Mauricio Bogomolny Yankelevich**
 Introducción: Si bien, es conocido por la mayoría de los especialistas en Otorinolaringología que las enfermedades alérgicas de la vía respiratoria ocupan por lo menos el 50% de la consulta, pocos son en realidad los que la diagnostican con exactitud y menos los que la tratan de forma adecuada. El Asma es una enfermedad alérgica y no alérgica de la vía aérea inferior que por tener estrecha relación con nuestra Especialidad, estamos obligados a saber diagnosticar y manejar adecuadamente. Cada día se observa mayor relación entre enfermedad sinusal, poliposis y asma sin que esta tendencia parezca detenerse en los próximos años, la preparación preoperatoria de un paciente alérgico varía notablemente con respecto a un individuo que no lo es. **Objetivo:** Introducir al otorrinolaringólogo general en el mundo de la alergia en Otorinolaringología, dándole un sentido lógico, práctico e interesante, invitando al especialista a conocer las técnicas inmunológicas de diagnóstico y tratamiento de alergia respiratoria y asma bronquial, los diferentes tratamientos farmacológicos actuales y las medidas de importancia que se deben considerar antes de someter a un paciente alérgico a una intervención quirúrgica. **Discusión:** Cada día más médicos otorinolaringólogos buscan un espacio para aprender y perfeccionar sus conocimientos acerca de la alergia respiratoria y el asma bronquial; se aprecia a esta sub-especialidad como trascendental para el tratamiento de más del 50% de los pacientes que acuden a la consulta diaria. El asma por ser una enfermedad de íntima relación con nuestra área de trabajo, también está siendo estudiada en todo el mundo por otorrinolaringólogos de prestigio. Existen nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento con histamina, serotonina y acetil colina que están causando una verdadera revolución en el campo y que debemos conocer. Los pacientes alérgicos también son operados frecuentemente, la mayoría de los médicos desconoce que cuidados pre y postoperatorios se deben mantener en estas personas.

12:00 - 13:00

Patología quirúrgica tiroidea en Otorinolaringología

Autores: **Dr. Miguel Ángel García García**
Dr. Héctor Manuel Prado Calleros

Existe una amplia variedad de patología tiroidea susceptible de tratamiento quirúrgico que incluyen

5. La Violeta

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.

MESAS REDONDAS

13:30 - 15:00

Vértigo

Coordinador: **Dr. Antonio Soda Merhy**

Participantes: **Dr. Luis García Ibáñez**

Dr. Marcos Goycolea

Dr. Antonio de la Cruz

Dr. Guillermo Hernández Valencia

Dr. Carlo Pane Pianese

1. El Alto

13:30 - 15:00

Rinología

Coordinador: **Dr. Rafael García Palmer**

Participantes: **Dr. Juan David Carvajal**

Dr. José Ángel Gutiérrez Marcos

Dr. Guillermo Alatorre Sánchez

de la Barquera

Dr. Julio César Mena Ayala

Dr. Eugenio Salas

Angelópolis

13:30 - 15:00

Audiología y Foniatria

Coordinador: **Dra. Patricia Nava Gómez**

Participantes: **Dra. Marta Rosete de Díaz**

Dra. Araceli Gutiérrez de Velasco

Hernández

Dra. Xochiquetal Hernández López

Dra. Martha Tarasco Michel

3. La Constancia

13:30 - 15:00

Taller de Especialidades Afines

6. La Esperanza

Resúmenes
domingo 28 de abril de 2002

TRABAJOS LIBRES

08:30 - 08:45

1. El Alto Experiencia en el Hospital Juárez de México en el tratamiento en dos tiempos quirúrgicos de paragangliomas yugulotimpánicos

Autores: Dr. Omar Jesús Juárez Nieto

Dr. Guillermo Hernández Valencia

Dr. Jorge Aguilar Sánchez

Dr. Carlos Castillo Rangel

Dra. Kenia Yanira Baños Hernández

Entre los años 1940 y 1950 aparecieron varios reportes en la literatura acerca de tumores del oído medio. Estas lesiones fueron definidas como tumores de glomus yugular, chemodectomas y paragangliomas no cromafines. La cirugía era limitada a una mastoidectomía radical y la lesión del nervio facial se reporta de alta incidencia. Con el advenimiento de la tomografía computada y la resonancia magnética se obtiene nueva información acerca de la extensión de la lesión y se desarrollan nuevos abordajes quirúrgicos para lograr la total resección del tumor. En el presente estudio mostramos cinco pacientes un hombre y cuatro mujeres los cuales se encuentran entre la tercera y séptima década de la vida con diagnóstico de paraganglioma yugulotimpánico. Los principales síntomas de los pacientes incluyen: acúfeno, hipoacusia y otorragia unilateral, además inestabilidad y parálisis facial. Se realizó a todos los paciente estudios de extensión básicos de laboratorio, determinación de ácido vaníllil mandélico, tomografía computada, resonancia magnética, arteriografía. Se clasificaron como tipo C y D de Fisch. El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos, realizando abordajes tipo A de Fisch en dos tiempos quirúrgicos, en combinación con el servicio de neurocirugía del Hospital Juárez de México. Conclusión.- El tratamiento de los paragangliomas yugulotimpánicos requiere de un tratamiento multidisciplinario y realizarlo en dos tiempos quirúrgicos, reduce el riesgo de complicaciones intraoperatorias. Se pretende realizar estudio comparativo con dos grupos de estudio para ver cual presenta una mayor eficacia clínica entre la ciprofloxacina vía oral vs ciprofloxacina tópica en el manejo de la otitis media crónica.

08:30 - 08:45

2. Angelópolis Empleo de antimicrobianos en la cirugía de oído

Autores: Dra. Nuria Cristina Cárdenas

Maldonado Dr. León Felipe García Lara Dr.

Mario Aiello Mora

Introducción: Existen pocos estudios sobre la utilidad de emplear antimicrobianos en la cirugía otológica, y su uso práctico no está claramente definido. Objetivo: Establecer si se requieren antimicrobianos en el postoperatorio de ciertos tipos de cirugía otológica. Metodología: Realizamos un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y aleatorio con pacientes operados de estapedectomía, timpanoplastía y mastoidectomía de marzo de 1999 a julio del 2001. Se formaron 3 grupos: al primero se le administró cefalotina

intravenosa cada 6 hrs, por 24 hrs. el segundo con el mismo esquema más cefalexina oral cada 8 hrs. durante una semana y el tercero sin antimicrobiano. Los pacientes fueron evaluados al día siguiente, a los 7 y 14 días postoperatorios, valorando la presencia de signos o síntomas sugestivos de infección. Resultados: Se incluyeron a 72 pacientes de estapedectomía, ninguno de ellos tuvo proceso infeccioso en las revisiones postoperatorias. De los 41 pacientes de timpanoplastía, el índice de infección global fue de 7.3% correspondiente a 3 pacientes, uno de cada grupo. Se estudiaron a 25 pacientes que se sometieron a mastoidectomía, encontrando un índice de infección del 32%, 4 pacientes del grupo I y 2 para cada uno de los grupos II y III; los gérmenes aislados fueron principalmente bacilos gram negativos. Conclusión: La estapedectomía y la timpanoplastia, consideradas como cirugías limpias, no existe beneficio con el uso de antimicrobianos, en contraste con las mastoidectomías especialmente en los casos de colesteatoma que son cirugías contaminadas, debe administrarse profilaxis o tratamiento dirigido a los gérmenes más frecuentemente encontrados.

08:30 - 08:45

3. La Constancia Ciprofloxacina vs neomicina-polimixina vía tópica en la otitis media crónica con secuelas

Autores: Dra. Blanca Olivia Del Castillo

Gaxiola Dr. Antonio Herrera Ortiz Dr. José

Manuel Arias Moras

Un oído con infecciones frecuentes puede producir una perforación de la membrana timpánica que favorezca la presencia repetida de infecciones que eviten la cicatrización de la misma siendo los patógenos más frecuentes la *P. aeruginosa* y *S. aureus*. En el tratamiento tópico se debe valorar los riesgos beneficio por la ototoxicidad de los preparados. Objetivos: Comparar la efectividad de la ciprofloxacina en solución contra la neomicina-polimixina-fluocinolona en el tratamiento de la otitis media crónica con perforación timpánica. Determinar los patógenos mas frecuentes. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, comparativo, longitudinal, doble ciego, aleatorio. Se incluyeron 60 pacientes con otitis media crónica con secreción y se tomaron muestras del oído que fueron procesadas por el laboratorio de bacteriología de septiembre de 1999 a mayo de 2001. Se dividieron en 2 grupos de 30 pacientes utilizándose en un grupo ciprofloxacina y neomicina-polimixina-fluocinolona en el segundo. Resultados: Se reunieron 2 grupos de 30 pacientes con una edad promedio de 39.1 años, cultivándose en el 50% de los pacientes *P. aeruginosa* y en el 40% *S. aureus*. Del grupo tratado con ciprofloxacina el 100% cumplió el tratamiento con un 100% de curación. Del grupo tratado con neomicina-polimixina-fluocinolona, el 96.6% cumplió con el tratamiento con un 95.5% de curación. Conclusiones: Ambas soluciones son eficaces en el tratamiento de las infecciones crónicas del oído con perforación por vía tópica. La *P. aeruginosa* es el patógeno más frecuentemente aislado seguido del *S. aureus*.

08:30 - 08:45

4. La Oriental

Tratamiento del acúfeno con estimulación eléctrica transcutánea

Autores: *Dra. María América Valverde Covarrubias Dr. Ramón Hinojosa González Dr. José Luis Luévano Dr. Carlo Pane Pianese*

Objetivo: Determinar la utilidad de la estimulación eléctrica transcutánea en el control del acúfeno de múltiples causas. **Material y métodos:** Se seleccionaron pacientes que tuvieran acúfeno unilateral de cualquier etiología exceptuando patología retrococlear, que afectara sus actividades cotidianas, hubieran o no recibido tratamiento médico sin éxito. A cada paciente se le realizó un examen físico, audiológico y se le descartó patología retrococlear. Se excluyeron pacientes en que se contraindicara la estimulación eléctrica. Se interrogó a cada paciente sobre la intensidad del acúfeno usando una escala subjetiva del 1 al 10 y se realizó acufenometría pre y postratamiento. Se aplicó estimulación eléctrica por medio de un sistema tipo TENS 3002 multifunción con un mínimo de 6 sesiones y hasta 10 en los primeros pacientes una vez a la semana y posteriormente 2 veces por semana, de 20 minutos cada sesión, usando corriente alterna de 1 a 10 Hz y con una intensidad de 0.3 a 0.6 mA. La estimulación se aplicó en la concha en su superficie posterior. Tuvimos un seguimiento máximo de 8 meses y mínimo de 4. **Resultados:** Se estudiaron 46 pacientes con un promedio de edad de 52.3 años. 60.8% presentaron mejoría, el 90% de éstos continuo igual 4 meses después, 23.9% sin mejoría. **Conclusiones:** La estimulación eléctrica transcutánea es un buen tratamiento para el acúfeno de bajo costo y que usado con los parámetros eléctricos descritos es seguro de usar.

08:30 - 08:45

5. La Violeta

Glomus yugular, reporte de un caso

Autores: *Dr. Rogelio León Ceceña Dra. Claudia Carolina Pesantes O. Dra. María Eugenia Sánchez Martínez Dr. Alfonso Jaramillo León Dra. Karla Renata Cárdenas M. Dra. Marcela Hernández L.*

Los tumores glómicos también conocidos como: paragangliomas, paragangliomas no cromafines, quínodectomas; son tumores comprendidos por células quimiorreceptoras paragangliómicas encontradas en los cuerpos glómicos. Pueden provenir de los cuerpos glómicos encontrados en la adventicia del bulbo de la yugular, en el hueso temporal y en la región del nervio de Jacobson o de Arnold en el oído medio, siendo difícil determinar el sitio exacto de origen, estos tumores, debido a la proximidad de las estructuras. Son las neoplasias benignas más comunes de oído medio. En un 37% hay compromiso de los nervios craneales y en un 18% afección intracraneal. Aparecen en todos los grupos etarios. Siendo frecuentes en mujeres (6:1). Los síntomas inician 1 a 5 años antes del diagnóstico; por lo cual, éste depende de su

sospecha. La mortalidad varía entre 2 y 22%. Se han comunicado en la literatura casos de conversión a la malignidad, lo que no está bien demostrado. Alford y Guilford en 1962, clasificaron estos tumores en timpánico y yugular. En 1969 Mc Cabe y Fletcher, los dividieron según el grado de destrucción ósea, causada por el tumor. En 1981, Jenkins y Fisch, volvieron a definir la clasificación de estos tumores basándose en la planificación quirúrgica. Grupo A: tumores de oído medio. Grupo B: tumores en área mastoidea sin extensión infralaberíntica. Grupo C: tumores con extensión hacia área infralaberíntica, y ápex petroso. Grupo D: extensión intracraneal (De: extensión intracraneal extradural, Di: extensión intracraneal intradural). La presentación clínica depende de su extensión, la cual es multidireccional; los pacientes, se presentan con: hipoacusia de conducción o neurosensorial, acúfeno pulsátil unilateral, otorrea, otalgia, otorragia, vértigo, parálisis de nervios craneales, masa en CAE, masa transtimpánica, paresias de nervios craneales (IX, X, XI y XII). Puede llegar a dar signos y síntomas de tumor encefálico por la diseminación intracraneal. Ante un pólipo, siempre se debe pensar en esta patología. Se presenta el caso de paciente femenina de 33 años de edad, quien ingresa al servicio con cuadro de 8 meses de evolución, caracterizado por otorrea izquierda, acúfeno pulsátil, hipoacusia izquierda de un año de evolución progresiva, así como, vértigo subjetivo; se evidencia a su exploración, en oído izquierdo, ocupación del CAE por tumoración violácea pulsátil, con sangrado intermitente, MT no visible por tumoración ubicada por encima de ella. Se realizan estudios paraclínicos, diagnosticándose Glomus Yugular Izquierdo, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente.

08:30 - 08:45

6. La Esperanza

Evolución de la imagenología en la Otorrinolaringología

Autores: *Dr. José Manuel Arias Mora Dr. Eduardo Daniel Sardá Inman Dr. Yazdgard Tomás Barragán Tejeda*

La imagenología puede describirse como una ciencia auxiliar en el área de cabeza y cuello que en los años más recientes se ha desarrollado enormemente, ofreciendo un recurso importante para confirmar o modificar el diagnóstico clínico. En el siglo XXI, resulta indispensable en algunos casos, para el otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, el contar con imágenes que nos identifiquen los límites de la lesión, las áreas implicadas y los factores pronósticos y de manera muy importante la elaboración del plan quirúrgico sobre la imagen. Presentamos en video, el desarrollo de la imagenología, los fundamentos y avances logrados en el área de cabeza y cuello, la utilidad de las imágenes y las implicaciones con la clínica en la actualidad con una visión hacia el futuro.

08:45 - 09:00

1. El Alto Efectividad de la ciprofloxacina tópica en el oído crónicamente enfermo con otorrea

Autores: Dra Fabiola Hernández González
Dr. Jorge Alvarez Balbás

Objetivos: Se desea conocer la efectividad de la ciprofloxacina tópica como monodroga en el tratamiento de la otitis media crónica. **Materia:** Estudio prospectivo de 50 pacientes con otitis media crónica con otorrea que no había recibido tratamiento 2 semanas previas al inicio del estudio. **Método:** Se administró ciprofloxacino tópico por un periodo de 10 días, tomando cultivos pre y postratamiento, y se compararon los resultados bacteriológicos, y clínicos antes y después del tratamiento. **Resultados:** La bacteria más frecuentemente encontrada fue la proteus mirabilis, la cual desapareció en el cultivo postratamiento en el 80% de los casos, coincidente con la desaparición de la otorrea.

08:45 - 09:00

2. Angelópolis Comparación postquirúrgica del dorso nasal y la proyección de la punta nasal en pacientes portoperados de rinoplastia

Autores: Dr. Víctor Ramón Sánchez Balderas
Dr. Arturo Ramírez García
Dr. Antonio Soda Merhy

La identificación de los conceptos de lo atractivo y la belleza han sido muy discutidos, sin embargo, actualmente se utilizan métodos cuantitativos para desarrollar un juicio estético, que son actualmente un pilar para el otorinolaringólogo que se inicia en la cirugía nasal como es el caso: para medir la punta nasal, el mentón, la región malar, las discrepancias alar-columnelar, pero aún no se ha realizado un método para valorar el dorso nasal. El objetivo de este estudio es proponer un nuevo método para valorar el dorso nasal, dentro del análisis facial y compararlo de manera pre y postoperatoria en pacientes operados en el departamento de Otorinolaringología en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, así como valorar la relación entre la proyección de la punta nasal con este nuevo método para medir el dorso. El Método consiste en trazar una línea del nacimiento a la punta, identificar el punto más prominente del dorso y trazar otra línea de este sitio a la punta nasal, posteriormente se mide el ángulo que resulta entre estas dos líneas teniendo como vértice la punta. Se incluyeron 32 pacientes a los cuales se les tomó foto preoperatoria y otra al menos después de 3 meses del postoperatorio. Se les realizó análisis facial de la proyección de la punta con el método de Goode, así como la angulación del dorso con el método propuesto, se separaron en 4 grupos, el primer grupo de 4 pacientes al que no se les realizó gibeotomía ni se les colocó injerto en la punta; el segundo grupo de 4 pacientes en el que se les colocó injerto de proyección en la punta nasal, pero no se les realizó gibeotomía; un tercer grupo de 8 pacientes en el que se les realizó gibeotomía pero no se les colocó injerto de proyección de punta nasal y el cuarto grupo de 16 pacientes al que se les colocó injerto de proyección de punta nasal y que se les realizó gibeotomía. Se

comparó el índice de Goode y la angulación del dorso pre y postoperatoria en cada grupo, resultando significativa en el caso del tercer y cuarto grupo para la angulación del dorso nasal y en el cuarto grupo para el índice de Goode. **Conclusiones:** La medida del dorso propuesta con este método es útil en el análisis facial, en este estudio la colocación de injertos de proyección de la punta nasal, no modifica de manera significativa el dorso nasal, solamente a los pacientes a los que se les realizó gibeotomía.

08:45 - 09:00

3. La Constancia Estudio comparativo entre prednisona y un agente antileucotrieno (Montelukast) en el tratamiento de pacientes con síndrome de Samter

Autores: Dr. Juan Emilio Arrieta Padrón
Dra. Jacqueline Vázquez
Dr. Miguel Ángel Betancourt Suárez
Dr. Antonio Soda Merhy

El Síndrome de Samter se encuentra formado por una tríada característica: hipersensibilidad a la aspirina, rinosinusitis polipoidea crónica y asma bronquial. En aproximadamente 5 - 10 % de la población adulta asmática, la aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides (AINES) precipitan ataques agudos de asma, debido a su capacidad de inhibir la vía de la ciclooxigenasa. El Síndrome de Samter se presenta generalmente en adultos, sin embargo, se han reportado casos en niños. Los pacientes se refieren totalmente sanos, hasta que presentan un cuadro compatible con un catarro común, después de 7 - 10 días, la mayoría de los síntomas desaparece, sin embargo, en éstos casos, la rinitis persiste por meses e incluso por años, seguida por una rinosinusitis hiperplásica y posteriormente hipersensibilidad a los AINES. La fisiopatología es poco entendida pero es considerada como un defecto adquirido del metabolismo de los eicosanoides. El ácido araquidónico es producido por la acción de las fosfolipasas sobre los fosfolípidos de la membrana celular. Normalmente el 60% del ácido araquidónico es metabolizado a través de la vía de la ciclooxigenasa y el 40% es a través de la lipooxigenasa. En los pacientes con Síndrome de Samter el 90% del metabolismo del ácido araquidónico se lleva a cabo a través de la vía de la lipooxigenasa, con la consiguiente sobreproducción de leucotrienos, los cuales tienen una potente acción broncoconstrictora y de secreción en el epitelio respiratorio, así como mayor estímulo para la liberación de citocina y otros mediadores a partir de mastocitos y eosinófilos. Nuestros objetivos fueron comparar la efectividad del uso de Montelukast (agente antileucotrieno) contra Prednisona en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Samter. Valorando la mejoría de los síntomas y signos nasosinusales, los hallazgos endoscópicos y tomográficos; y comparar si existe o no disminución en el recuento del número de eosinófilos de las biopsias de mucosa nasal de pacientes con Síndrome de Samter pre y postratamiento con Montelukast vs. Prednisona. Se estudiaron 29 pacientes con diagnóstico de

Síndrome de Samter, a los cuales se les interrogó a cerca de sus síntomas clínicos y se les valoró endoscópicamente, tomográficamente, recuento de eosinófilos en sangre periférica, en moco nasal y en biopsias nasales y los valores de IgE antes y después del tratamiento. Estos fueron agrupados aleatoriamente en cuatro grupos; grupo 1 al cual se les administró placebo, al grupo 2 Prednisona (1 mg/kg/día) en dosis reducción; grupo 3 con Montelukast (10 mg/día) y grupo 4 Montelukast y Prednisona. Los datos obtenidos fueron analizados a través de pruebas estadísticas no paramétricas, T de Wilcoxon, Kruskal-Wallis y U de Mann Withney. Se aprecia entonces, que Montelukast modifica 4 variables al compararlo contra placebo, a diferencia del grupo Prednisona donde se observan 10 variables modificadas estadísticamente significativas. Así mismo, el grupo Prednisona más Montelukast modifica 11 variables. Por lo cual se puede concluir que Montelukast no demuestra la efectividad de la Prednisona en el tratamiento de pacientes con Síndrome de Samter. Podemos concluir que Montelukast es un agente antagonista de los receptores de los leucotrienos que en los pacientes con Síndrome de Samter no demuestra ser eficaz como la Prednisona para el control de los pacientes con este padecimiento, los cuales presentan un estado inflamatorio crónico anormalmente elevado. Esto probablemente es debido a su etiopatogenia multifactorial, donde se involucran diferentes mediadores, citocinas, factores de crecimiento y moléculas de adhesión que promueven activan y perpetúan la respuesta inflamatoria.

08:45 - 09:00 **4. La Oriental**
Manejo diferente de tres paragangliomas carotídeos

Autores: Dr. Alfredo Vega Alarcón
Dr. León Felipe García Lara
Dr. Mario Vincenzo Aiello Mora

Los paragangliomas del cuerpo carotídeo son tumoraciones raras que provienen de las células quimiorreceptoras cuyo origen embriológico son las crestas neurales. Son tumores benignos de lento crecimiento para los cuales el tratamiento curativo mejor documentado es la resección quirúrgica, sin embargo, ésta se acompaña de diversas complicaciones como son; sangrado y lesión a nervios craneales. Debido a esto, únicamente deben ser intervenidos aquellos pacientes que presenten síntomas. Para el manejo de tumoraciones irreseccables con extensión o involucro de estructuras vitales se ha propuesto la radioterapia como procedimiento paliativo. Se presenta el manejo diferente de tres casos atendidos en nuestro servicio. El primero de una mujer de 59 años de edad con paraganglioma carotídeo de 5 cm tratado con cirugía, el segundo de un hombre de 20 años de edad con una tumoración desde la bifurcación carotídea izquierda hasta la base del cráneo en quien se indicó radioterapia, el tercero de una mujer de 73 años de edad con una neoplasia de gran tamaño que se a mantenido en observación, además de una neoplasia tiroidea.

08:45 - 09:00

5. La Violeta
Abordajes combinados en cirugía endoscópica de difícil manejo
Autores: Dr. Alain Sánchez Vázquez del Mercado
Dr. Mauricio Gaeta Mendoza
Dra. Kenya Yanira Baños Hernández

Se discuten los abordajes endoscópicos de senos paranasales básicos y avanzados, así como, su posible combinación con abordajes externos en patología de difícil manejo. Se mencionan ventajas y desventajas apoyadas en casos clínicos, tratados endoscópicamente, dentro del servicio de Otorinolaringología durante los últimos dos años.

08:45 - 09:00

6. La Esperanza
Reconstrucción de la cadena oscicular en la cirugía de la otitis media crónica
Autores: Dr. Antonio Herrera Ortiz
Dr. José Manuel Arias Mora

En la actualidad se utilizan varios materiales para realizar una reconstrucción de la cadena oscicular en un intento por conservar o mejorar la transmisión del sonido. No obstante el tejido óseo es el que ha tenido mejor aceptación, debido a su disponibilidad y compatibilidad. Presentamos en video una demostración y la explicación correspondiente de cómo realizar la reconstrucción oscicular con tejido autólogo durante la cirugía del paciente con otitis media crónica. Identificando los componentes anatómo-quirúrgicos del procedimiento, así como los pasos secuenciados.

09:00 - 09:15

1. El Aito
Patología tumoral del ángulo pontocerebeloso y fosa posterior
Autores: Dra. Adriana López Ugalde
Dra. Cristina Margarita Alarcón Romero
Dr. Ángel D. Huerta Delgado
Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña
Dr. Israel Chimal

Cuando hablamos de la patología del ángulo pontocerebeloso o fosa posterior generalmente pensamos en neoplasias de esta región, sin embargo, siendo nuestro hospital uno de concentración, observamos todavía patología infecciosa, pero también enfermedades de la civilización como la vascular. Caso 1: masculino de 47 años con M.N.C. bilateral, con vértigo, ataxia, hipoacusia mixta y cefalea, en quien se diagnosticó Tuberculosis ótica con tuberculomas en el cerebelo y fosa posterior. Caso 2: paciente femenina de 45 años con hipoacusia sensorial, parálisis facial lateropulsión, vértigo y acúfeno. La IRM manifestó un infarto cerebral en el ángulo. Caso 3: femenina de 37 años con vértigo, inestabilidad y acúfeno, la T.C. mostró cisticercosis cerebral.

09:00 - 09:15

2. Angelópolis
Análisis cuantitativo y cualitativo de interconsultas a pacientes hospitalizados del servicio de ORL en un hospital de tercer nivel
Autores: Dra. Nancy Elizabeth Aguilar Muñoz
Dr. Mario S. Hernández Palestina

Es muy pobre la información nacional que se tiene del origen y el seguimiento que se les da a las

solicitudes de interconsultas al Servicio de Otorrinolaringología en un hospital de tercer nivel. Consideramos de suma importancia tener el pleno conocimiento del número de solicitudes por mes y por año, la prontitud con la que se realiza el diagnóstico, así como, tener identificadas las especialidades con las que más nos relacionamos en este renglón; y desde luego, el seguimiento que se da a estos enfermos. Otro punto de interés es conocer los exámenes complementarios utilizados para nuestro diagnóstico, su costo para la institución y el tiempo que nos lleva en el diagnóstico definitivo. Finalmente, el conjunto de todas estas ideas y acciones nos permitirá poder evaluar la relevancia de nuestra participación en el bienestar del enfermo. El objetivo de este trabajo fue el conocer cualitativa y cuantitativamente las interconsultas a pacientes hospitalizados, realizadas por el servicio de ORL en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad, además de identificar el número, diagnóstico, seguimiento y costo que generan las interconsultas al servicio de ORL del HCSAE de Petróleos Mexicanos.

09:00 - 09:15

3. La Constancia

Terapia intratimpánica: perfusión hacia el oído interno y su papel en la restauración o preservación de la función coclear y vestibular

**Autores: Dr. Marco Antonio Garduño Anaya
Dra. Heloisa Couthino de Toledo
Dr. Ramón Hinojoza González
Dr. Carlo Pane Pianese**

La administración directa de fármacos en forma intratimpánica para el manejo de síntomas causados por varias enfermedades del oído interno se ha utilizado desde 1957. Sin embargo, es a partir de 1986 donde se realizan los intentos iniciales en el empleo de aminoglucósidos para abolir la función vestibular. Y es recientemente, cuando ha existido un gran interés en la perfusión de medicamentos hacia el oído interno en orden de incidir en la historia natural de diversas patologías vestibulares y cocleares. Entre las ventajas existentes en esta técnica destacan la de evitar toxicidad sistémica o el agravar una condición sistémica (e.g. esteroides con diabetes mellitus), un potencial incremento de la concentración del fármaco en la perilinfa o endolinfa; ya que no se necesita cruzar la barrera hematoencefálica, así como el impedir un posible efecto en el oído contralateral y una probable cirugía. Los aminoglucósidos se han utilizado para abolir la respuesta vestibular y su beneficio ha sido bien establecido y definido en el tratamiento del vértigo en pacientes con hidropesía endolinfática. Los esteroides, inicialmente utilizados en el vértigo, también mejoraron la función coclear, por lo que actualmente son utilizados con un efecto promisorio en la hidropesía endolinfática, en la hipoacusia sensorineural (mejoría de un 44%) y en el tratamiento del acúfeno. La xilocaína empleada intratimpánicamente en el tratamiento del acúfeno ha demostrado una mejoría de 75 a 81%. La experiencia del departamento de neurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en la terapia intratimpánica de diversas patologías cocleo-

vestibulares ha demostrado un efecto positivo y un rol definitivo en el armamentario terapéutico. Es tal el interés demostrado por la comunidad neurotológica en este ámbito que ya se perfilan actualmente la utilización de nuevos fármacos perfundidos hacia el oído interno como la posibilidad de emplear la L-n acetil cisteína intratimpánica como barredor de radicales libres en la hipoacusia neurosensorial por toxicidad con cis platino o el rescate con dexametasona intratimpánica cuando existe un efecto deletéreo en la función coclear con la administración de gentamicina intratimpánica en el tratamiento de la hidropesía endolinfática. La terapia intratimpánica es un procedimiento que se encuentra en una etapa de ardua investigación, donde la experiencia clínica observada nos ha promovido a buscar en detalle las indicaciones precisas y los alcances reales terapéuticos de este novel tratamiento.

09:00 - 09:15

4. La Oriental

Policondritis recurrente

**Autores: Dra. Teresa González Galindo
Dr. Andrés Sánchez González
Dr. Jesús Miranda Loa
Dr. Miguel Ángel Azpeitia T.
Dra. Irasema Bolaños Huerta**

La policondritis es un desorden multisistémico caracterizado por una inflamación y destrucción progresiva de estructuras cartilaginosas y de tejido conectivo, como parte de un síndrome paraneoplásico asociado con fibrosis. La condritis auricular es la manifestación más común, sin embargo, las alteraciones en vías respiratorias son importantes por la alta morbilidad y mortalidad asociada a las complicaciones, considerando también el daño coclear y vestibular, en ocasiones irreversibles. La patogénesis es un enigma, pero se ha asociado importantemente con una respuesta inflamatoria autoinmune asociada a HLA-DR4 y a anticuerpos a colágena tipo II y IV. El diagnóstico de policondritis es básicamente clínico en ausencia de confirmación histológica. En el 25% de los pacientes aproximadamente, coexisten enfermedades autoinmunes de tejido conectivo y vasculitis. El presente trabajo presenta la experiencia del Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite en el diagnóstico y tratamiento de policondritis recurrente con afección nasal, coclear y de pabellones auriculares.

09:00 - 09:15

5. La Violeta

Patología tumoral del ángulo pontocerebeloso. Casuística y manejo conjunto otorrinolaringológico y neuroquirúrgico

**Autores: Dr. Francisco Javier Saynes Marín
Dr. Rafael Mendizabal Guerra
Dra. Verónica Vázquez Ballesteros
Dra. Kenia Yanira Baños Hernández**

Los tumores del ángulo pontocerebeloso son un grupo diverso de tumores que se desarrollan entre la tienda del cerebelo y el tallo, región en la cual el conducto auditivo interno se ve implicado, y representan del 8 al 10% de todos los tumores intracraneales. Con mucho, el más conocido es el

schwannoma vestibular. La presentación de estas neoplasias es usualmente unilateral y ocurre esporádicamente. No hay en estos casos asociación con otras patologías del sistema nervioso. Cuando se presentan en forma bilateral, se asocian a neurofibromatosis tipo 2. En estos casos hay historia familiar de neurofibromatosis, pero se pueden presentar de manera espontánea. El diagnóstico de esta patología incluye una batería de pruebas audiológicas, electrofisiológicas y de imagen, con el objeto de corroborar su presencia y extensión. Para decidir el manejo del schwannoma vestibular el cirujano debe recordar que el objetivo primario es conservar la vida, y tener presente el curso natural de esta entidad. El segundo objetivo es la resección completa del tumor, evitando dejar secuelas neurológicas serias, el tercero es la conservación del nervio facial y, finalmente conservar la audición en los pacientes que aun la tienen. Objetivo. revisar la casuística del hospital sobre la presentación de casos de patología tumoral en el ángulo pontocerebeloso y presentar el manejo conjunto de esta patología entre los servicios de otorrinolaringología y neurocirugía en el Hospital Juárez de México (se incluirá un breve video).

09:00 - 09:15 **6. La Esperanza**
Petrosectomía combinada con otros
abordajes en tumores de ángulo
pontocerebeloso

Autores: Dr. José Juan Narváez Huerta
Dr. Carlo Pane Pianese

Los tumores del ángulo pontocerebeloso son causa frecuente de hipoacusia, vértigo y acúfeno y en algunos casos de parálisis facial, siendo más frecuentes los meningiomas y schwannomas vestibulares. En nuestra población dichos tumores son de gran tamaño, de ahí la importancia de utilizar abordajes combinados para una resección completa con preservación de estructuras neurovasculares. Objetivo: Mostrar en video la técnica quirúrgica, del abordaje de petrosectomía retrolabirintica, combinado con fosa media y suboccipital, con técnica osteoplástica, con la finalidad de evitar defectos cosméticos craneanos, siendo un abordaje tan extenso.

09:15 - 09:30 **1. El Alto**
Hemiatrofia facial progresiva: síndrome de
Parry Romberg. Manejo integral

Autores: Dr. Marco Antonio Garduño Anaya
Dr. Ramón Hinojoza González
Dra. Reina Nerí Cazares
Dr. Carlo Pane Pianese

Desde que Parry C. En Londres realiza la primera descripción en 1875 de esta entidad nosológica y Romberg H. En Berlín en 1846 detalla los hallazgos clínicos de este padecimiento, se ha reconocido a esta patología como una condición clínica de etiología desconocida y en donde se requiere para tener un acertado manejo la participación de múltiples disciplinas de la medicina, como lo son Pediatría, Neurología, Dermatología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Cirugía Plástica y Radiología. En la hemiatrofia facial progresiva existe

una atrofia progresiva de la piel y tejido subcutáneo en la distribución de uno o mas de los dermatomas de las ramas del nervio trigémino, tiene una predilección del lado izquierdo facial, con un predominio de mujeres 3:2 hombres, manifestaciones bilaterales en un 5 a 10% e involucro del cuerpo ipsilateral raro. Pueden existir manifestaciones neurológicas como crisis convulsivas, migraña y neuropatía craneal; manifestaciones neuropatológicas como dilatación ventricular, calcificaciones cerebrocerebelares y encefalitis focal; manifestaciones neurovasculares como malformaciones arteriovenosas, fistulas arteriovenosas y aneurismas disecantes; manifestaciones oculares como enoftalmos, uveitis y atrofia óptica; manifestaciones dermatológicas como alopecia, atrofia y alteraciones en la pigmentación y manifestaciones otorrinolaringológicas como hipoacusia, atrofia de seno maxilar, atrofia de glándula parótida, parálisis facial, atrofia de la pared anterior del seno frontal y espasmos dolorosos de los músculos maseterinos, temporal y faringeos. Presentamos un caso de una femenina de 40 años de edad quien inicio a los 30 años de edad con hipotrofia en pómulo izquierdo, continuando a los 38 años con hipotrofia frontal y mandibular izquierda. A los 39 años de edad se agrega hipoestesia en el área de las ramas maxilar y mandibular del nervio trigémino. Nuestro protocolo de estudio incluyó laboratorio completo, estudio audiométrico completo, potenciales evocados de tallo cerebral, electronistagmografía, resonancia magnética de cráneo simple y contrastada con reconstrucción tridimensional y valoración por el servicio de neuro oftalmología: siendo todo normal. Ante esta evidencia el servicio de cirugía plástica, estética y reconstructiva participante realiza un procedimiento quirúrgico consistente en colocación de implante malar e inyección de grasa autóloga en las zonas atroficas obteniéndose un resultado estético optimo.

09:15 - 09:30 **2. Angelópolis**
Otorrinolaringología en neonatología. Una
creciente subespecialidad

Autores: Dr. Isaac Shubich Neiman

Objetivo: resaltar la importancia, diferencia y problemas en prematuros y recién nacidos, desde el punto de vista de la ORL - Pediatría. Material: 60 pacientes (Hospital Pediátrico de Tercer Nivel): prematuros y recién nacidos, con evaluación diagnóstica y decisión terapéutica, por el Depto. de ORL Pediatría, en relación con el resto de especialistas. Seguimiento mínimo de seis meses. Resultados: 66% de los pacientes, con resolución de sus problemas, 21% con secuelas, o que sobrepasaron los seis meses de patología ORL y 13 % fallecidos. Conclusiones: la neonatología en ORL, es una nueva área con importancia actual, con escaso entrenamiento de la especialidad y necesaria participación de equipo en resolución de diversos problemas.

09:15 - 09:30 **3. La Constancia**
Eficacia del levofloxacin en el tratamiento
del absceso periamigdalino
Autores: Dr. Pablo Julian Medina Sánchez
Dr. Daniel Rodríguez Araiza

El absceso periamigdalino se define como la colección de material purulento en el espacio periamigdalino, esto debido generalmente a una infección amigdalina previa, existe una gran cantidad de tratamientos propuestos para este tipo de patología como es la amigdalectomía 'en caliente', tratamiento antibiótico parenteral, incisión y drenaje del mismo. Por lo anterior se realizó estudio del tipo del ensayo clínico en donde se obtuvieron un total de 35 pacientes los cuales se dividieron en dos grupos: los tratados con un esquema establecido previamente de penicilina sódica cristalina a razón de 50 000 UI por kilogramo de peso y 300 mg de clindamicina cada 6 horas dando un total de 23 pacientes y el segundo grupo tratados con levofloxacin 500 mg. cada 12 horas intravenoso dando un total de 12 pacientes, ambos grupos se subdividieron en dos, en aquellos que se realizó incisión y drenaje y en los que no. Los pacientes tratados con levofloxacin en incisión y drenaje tuvieron una mejoría de su sintomatología de forma más rápida, con una estancia intrahospitalaria de menor tiempo con un promedio de 48 hrs. desde su ingreso al hospital, que al aplicar una T de Student da un valor de 13.66 con una significancia estadística por un valor de $P = 0.00017$. Por lo que concluimos que el tratamiento de elección para esta patología será la administración de levofloxacin más incisión y drenaje del absceso, debido a sus resultados con una mejoría rápida de la sintomatología y seguridad del medicamento utilizado.

09:15 - 09:30 **4. La Oriental**
Linfadenitis histiocítica necrotizante (enf. De
Kikuchi Fujimoto)
Autores: Dr. Andrés Sánchez González
Dr. Adelaido López Chavira
Dra. María Teresa Galindo González
Dr. Marco A. Alvarez Casillas

Descrita por vez primera en 1972 en Japón, esta enfermedad poco común es de etiología desconocida. Afecta ganglios cervicales, y se presenta con mayor frecuencia en personas jóvenes, de preferencia mujeres. Los principales síntomas encontrados son fiebre e inflamación de cuello de predominio nocturno. Los estudios de laboratorio no son concluyentes, y el diagnóstico se establece basándose en la biopsia y el resultado histopatológico. La enfermedad es autolimitada y desaparece el malestar en unos cuantos meses. En nuestro país existen pocos reportes de esta enfermedad. Se presenta un caso clínico con la enfermedad antes descrita, siendo de llamar la atención, puesto que se trata de paciente masculino en la cuarta década de la vida con la sintomatología descrita y evolución favorable.

09:15 - 09:30 **5. La Violeta**
Tumores malignos de nariz y senos
paranasales en el servicio de
Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y
Cuello del Hospital General de México, O.D.
De 1996 a 2000

Autores: Dr. Alberto Labra Herrera
Dr. Fermín González Pérez
Dr. Ángel D. Huerta Delgado
Dr. Rogelio Chavolla Magaña
Dr. Jorge Alanís Calderón

Objetivo: determinar la incidencia de tumores malignos de nariz y senos paranasales en el servicio de otorrinolaringología de Hospital General de México de 1996 a 2000. **Material y método:** se revisaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico histológico de tumor maligno de nariz y senos paranasales entre 1996 y 2000. **Resultados:** se encontró que el tumor más frecuente fue el Linfoma no Hodgkin.

09:15 - 09:30 **6. La Esperanza**
Extirpación quirúrgica de laringopiocele
mixto (interno y externo)
Autores: Dr. Salvador Vera Luna
Dr. Carlos López Salazar
Dr. Carlo Pedroza Méndez
Dr. Alfonso Jaramillo León

Se presenta caso clínico interesante por ser infrecuente de esta enfermedad en mujeres, ya que según la revisión bibliográfica, es más frecuente en varones, ocasionalmente se infectan, y siendo los laringoceles externos los más frecuentes. Se presenta el caso de una paciente femenina de 72 años de edad, bronquítica crónica y tos crónica, con presencia de disfagia alta y presencia de tumoración en la cara lateral del cuello. A la laringoscopia directa, muestra la presencia de prolapso del saco ventricular y a la TAC de cuello, muestra la presencia de lesión de tipo mixto, que es sometida a laringoscopia y punción del saco del cual se obtiene material purulento, y posteriormente se somete a resección de la lesión por el cuello. Se hace una revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

CONFERENCIAS

- 09:30 - 10:30** **1. El Alto**
Autores: K.J. Lee M.D., F.A.C.S.
- 09:30 - 10:30** **2. Angelópolis**
Autores: Nikhil Bhatt M.D.
- 09:30 - 10:30** **3. La Constancia**
Autores: Clark Rosen M.D.
- 09:30 - 10:30** **4. La Oriental**
Autores: Dr. Luis García Ibáñez
- 09:30 - 10:30** **5. La Violeta**
Manejo endoscópico de tumores esfenoidales:
porque fracasa la CFESPN
Autores: Dr. René Weffer

09:30 - 10:30
Especialidades Afines
Autores:

6. La Esperanza

CURSOS MONOGRÁFICOS

11:00 - 12:00

Autores: **Dra. Teolinda Morales**

1. El Alto

11:00 - 12:00

2. Angelópolis
Diagnóstico y tratamiento médico quirúrgico de la sinusitis en niños

Autores: **Dr. Daniel Bross Soriano**

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 cual es la microbiología de los agentes causales y por lo tanto los medicamentos antibióticos que debemos utilizar. Finalmente se revisarán los artículos de la literatura reciente así como las técnicas quirúrgicas específicas en niños.

11:00 - 12:00

3. La Constancia
Manejo quirúrgico de la patología de glándulas salivales

Autores: **Dr. Enrique Arámburo Tirado**

Los problemas que se presentan en las glándulas salivales ya sean inflamatorios, inmunológicos, neoplásicos, etc., constituyen muchas de las veces un reto en su diagnóstico exacto y por ende en su manejo ideal. En este minicurso, nuestro objetivo es presentar de una manera clara y concisa la importancia de una evaluación clínica minuciosa, así como los estudios de apoyo 8radiológicos, histológicos, laboratorio) de las patologías salivales que más frecuentemente ameritan tratamiento quirúrgico, las alternativas en este sentido según sus indicaciones y formas de evitar complicaciones.

11:00 - 12:00

4. La Oriental
Conceptos prácticos en la cirugía de los tumores glómicos

Autores: **Dr. Guillermo Hernández Valencia**
Dr. Jorge Amador Aguilar

11:00 - 12:00

5. La Violeta
Impedanciometría básica y detección de lesiones centrales mediante el reflejo acústico

Autores: **Dr. Rafael Espinoza Ulloa**

11:00 - 12:00

6. La Esperanza
Diagnóstico y manejo del vértigo postural

Autores: **Dra. Heloisa C. de Toledo**

El vértigo postural paroxístico benigno (VPPB) es una de las causas más frecuentes de vértigo de origen

periférico. Su diagnóstico es clínico y se basa tanto en la descripción detallada de los síntomas como en la exploración física. Es indispensable el conocimiento básico de la fisiología vestibular con el fin de identificar correctamente el nistagmus inducido por los cambios posturales. La correcta interpretación de los movimientos oculares brinda la posibilidad de diferenciar un vértigo postural de origen periférico, del de origen central y establecer el diagnóstico topográfico del canal semicircular afectado ya que de ello depende la modalidad terapéutica a emplear y el éxito de la misma. La fisiopatología del VPPB se explica basándose en las teorías de canal y cupulolitiasis que resultan en la excitación del nervio ampular provocando vértigo y nistagmus cuando por la posición de la cabeza del paciente el canal semicircular afectado se encuentra en un plano paralelo a la fuerza de gravedad. El tratamiento del VPPB con ejercicios de habituación vestibular es efectivo en el 90% de los casos en un intervalo de 3 a 4 semanas, sin embargo, frecuentemente es abandonado por el paciente. Las maniobras terapéuticas únicas (basadas en la liberación de otolitos) como las descritas por Epley y Semont, son igualmente efectivas pero eficaces a corto plazo. El resultado negativo de estas maniobras se asocia frecuentemente a problemas técnicos al momento de realizarlas o bien a la mala selección de candidatos. Una lesión vestibular unilateral no compensada puede manifestarse con vértigo desencadenado por cambios de posición de la cabeza y suele ser confundida con VPPB; las maniobras de Semont o Epley no resuelven la sintomatología del paciente. Por otro lado y aunque menos frecuente, la afección del canal semicircular horizontal causa vértigo postural intenso incapacitante que no remite con las maniobras anteriores y amerita maniobras específicas como la autorrotación a 360°. Aunque las maniobras de liberación son efectivas en el 90% de los casos, la recurrencia de síntomas es alta a mediano plazo. Cuando se combinan ejercicios de rehabilitación vestibular posteriormente, se logra la remisión total de los síntomas a largo plazo.

12:00 - 13:00

1. El Alto
Actualización en fotografía para el cirujano rinofacial

Autores: **Dr. Armando González Romero**

12:00 - 13:00

2. Angelópolis
Mucormicosis nasal atípica

Autores: **Dr. Mauricio Morales Cadena**
Dr. Fernando Sánchez y Bejar
Dr. Baltazar Servín Vargas
Dr. Francisco Vallejo López

Presentamos un caso de mucormicosis nasal atípica en un paciente masculino de 44 años, diabético; el cual es ingresado a nuestro hospital por presentar un cuadro de cetoacidosis, encontrando como causa de la descompensación una pansinusitis derecha. A la exploración física se observa la mucosa nasal íntegra en su totalidad. Se realizó cirugía endoscópica funcional de senos paranasales, obteniendo como

diagnóstico, a través de patología, una mucormicosis nasal, a pesar de no haber encontrado hallazgos sugestivos de necrosis de la mucosa al realizar el procedimiento quirúrgico. Presentamos una revisión de la literatura, así como, la cirugía endoscópica realizada, el tratamiento y la evolución postoperatoria. También se presenta una discusión del tema.

12:00 - 13:00

3. La Constancia Patología neoplásica de glándulas salivales

Autores: Dr. Jorge F. Alvarez Balbás

Objetivo: que el médico conozca en detalle las patologías tumorales más frecuentes de las glándulas salivales, tanto en su diagnóstico a través de los métodos más actuales, como los tratamientos médicos y quirúrgicos adecuados para cada patología. **Método:** durante la primera mitad se presenta la patología inflamatoria y neoplásica benigna más común de las glándulas salivales mayores, seguido de una revisión de imágenes sialográficas, tomográficas y de resonancia magnética. En la segunda mitad se revisarán las patologías neoplásicas malignas, desde la historia clínica, hallazgos de exploración, el valor de la biopsia por punción con aguja fina. Posteriormente, se revisarán cada estudio de gabinete, sialografía, tomografía y resonancia, dando todos los criterios de malignidad en estos estudios. Una vez hecho el diagnóstico, se discutirán los criterios actuales de tratamiento para dichas neoplasias, incluido aquellos que se refieren al tratamiento del cuello, en todas su modalidades: quirúrgicas, radioterapia y quimioterapia. Al término de la presentación se tendrán las bases para el diagnóstico clínico y el conocimiento para poder evaluar los exámenes de gabinete para así poder realizar el tratamiento más adecuado en cada caso.

12:00 - 13:00

4. La Oriental Glándulas salivales ¿qué estudios de imagen usar?

Autores: Dr. Fernando Martín B. Dra. Sanjuanita Flores

En el momento actual los métodos de imagen de que se dispone para evaluar la patología de las glándulas salivales mayores son las radiografías simples, el ultrasonido, el dopler, la tomografía computada, la imagen de resonancia magnética, la sialografía, la sialorresonancia y la medicina nuclear. Cada uno de ellos proporciona una información bastante específica y en términos generales, muy diferente a los otros. El uso del procedimiento de imagen apropiado nos acercará más a la patología que presenta el paciente y significará usar más racionalmente los recursos. Estas particularidades individuales aplicadas a los distintos escenarios clínicos permitirán la elección del método adecuado. Se presentan 3 escenarios clínicos típicos de la patología de las glándulas salivales donde los métodos de imagen son necesarios para una mejor caracterización de la enfermedad y para determinar una conducta terapéutica. En cada una de esas situaciones clínicas se establecerá un orden en la

utilización de cada método de imagen según su sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de las distintas entidades nosológicas. Se mostrarán imágenes que enfatizen estas características en las patologías más frecuentes con el propósito, no sólo de mostrar los diagnósticos diferenciales, si no también de ilustrar por qué uno u otro método es mejor, cuál es la información adicional que nos proporciona con respecto a los otros métodos y finalmente cuál es la ventaja que debemos tomar de ellos dentro de un contexto clínico determinado.

12:00 - 13:00

5. La Violeta Rinoplastia estético funcional con utilización de injertos cartilagosos

Autores: Dra. María Teresa Guerrero García Dr. Lázaro Cárdenas Camarena

Aunque los autoinjertos cartilagosos son uno de los tejidos más utilizados en cirugía nasal, no existía un estudio comparativo para determinar cuales son las mejores opciones y sus indicaciones precisas. Por esto se realizó un análisis histopatológico comparando las características y propiedades de los cuatro principales cartilagos anatómicos que son utilizados en cirugía estético funcional de nariz. Tomando en cuenta estas particularidades se determinaron las indicaciones precisas para el empleo de los diferentes cartilagos como autoinjertos nasales. De 1245 rinoplastias estético-funcionales durante un período de 10 años, 1008 (81%) de ellas requirieron de autoinjertos cartilagosos. El 84% de los injertos usados fueron de séptum nasal, 11% de concha auricular, 3% de cartilagos alares y 2% de costilla. En cada paciente se utilizaron en diversas formas para lograr mejoría estético funcional, ya fuera post intercrujal, en dorso o rim alar, como injerto de expansión, o como tipo Sheen o Peck. En 76% de los casos se realizaron procedimientos funcionales adicionales. Basándonos en todo momento en las indicaciones previas para obtener, colocar y utilizar los autoinjertos nasales se obtuvo un 85% de pacientes totalmente satisfechos, requiriendo sólo el 8% de una reintervención quirúrgica para lograr los resultados buscados. Basándose en este estudio se recomienda utilizar los autoinjertos cartilagosos en cirugía nasal tomando en cuenta tres parámetros: las características físico-histológicas de cada uno de ellos, el lugar anatómico en el cual se desean colocar, y el efecto que se busca alcanzar con su aplicación.

12:00 - 13:00

6. La Esperanza Otoplastia

Autores: Dr. Gabriel Osorno

6. La Esperanza

MESAS REDONDAS

13:30 - 15:00 **1. El Alto**
Complicaciones en cirugía endoscópica
 Coordinador: **Dr. Edgar Novelo Guerra**
 Participantes: **Nikhil Bhatt, M.D., F.A.C.S.**
Docteur Yves Victor Kamami
Dr. Benjamín Macías Fernández
Dr. José R. Arrieta Gómez
Dr. René Weffer

13:30 - 15:00 **2. Angelópolis**
Masas en cuello
 Coordinador: **Dr. Mario S. Hernández Palestina**
Dr. Elías Curioca Karana
Dr. Jorge Federico Alvarez Balbás
Dr. Rogelio Marco Antonio
Chavolla Magaña
Dr. Juan Felipe Sánchez Marle

13:30 - 15:00 **6. La Esperanza**
Taller de Especialidades Afines



Resúmenes
lunes 29 de abril de 2002

TRABAJOS LIBRES

08:30 - 08:45

1. El Alto

Ventajas y desventajas del uso de material a base de ácido hialurónico en la cirugía de oído medio en animales de experimentación

Autores: Dr. Edgar Arturo Perdomo Flores
L.A.E. Fernando Huerta Velázquez M.V.Z.

Dr. Eduardo Tena Betancourt M.V.Z.

Dr. Rafael Pérez González

Dr. Alain Sánchez Vázquez del Mercado

Dra. Rocío Ramírez Aceves

Dra. Kenya Yanira Baños Hernández

La presente investigación es un esfuerzo muy importante, donde la ciencia, la tecnología y la medicina de animales de laboratorio se ponen a la disposición de la Otorrinolaringología, la cual se encuentra en la actualidad sufriendo una drástica transformación. Su elaboración en consecuencia la consideramos muy destacada dentro de las experimentaciones realizadas en animales, para mejorar e innovar los productos y procedimientos desarrollados en el campo de la otología, siendo además, una fuente de información útil para ser puesta en práctica en las intervenciones que lleven a la recuperación más efectiva de la salud de los pacientes. Sus contenidos incluyen lineamientos generales sobre aspectos de la cirugía de oído medio, en cobayos, organización, diseño, procedimientos y recomendaciones acerca del cuidado, atención y medio ambiente del animal de laboratorio, abordando así mismo, consideraciones de tipo preventivo y ético, que deben prevalecer en todo ensayo biológico, investigacional o enseñanza que involucre el desarrollo de cirugías, utilizando estos animales. Además contiene información básica y especializada sobre el ácido hialurónico y sus diferentes usos en la medicina humana, como también, presentamos las ventajas y desventajas que encontramos al utilizarlas en cirugías de oído medio en cobayos. Este ensayo quirúrgico experimental, se desarrolló en el bioterio y clínica de cirugía experimental del Hospital de Especialidades C.M.N. "Siglo XXI" del IMSS, realizando timpanotomías exploradoras en 25 cobayos hembras de la especie Dunkin-Hartley, ocupando los quirófanos de dicho centro, así como, sus instalaciones para el mantenimiento de dichos animales, dividiéndolos en tres grupos y colocándoseles a un grupo, ácido hialurónico en el oído medio, a otros gelfoam y teniendo el tercero como grupo control, al término de un mes se sacrificaron para ser posteriormente estudiados histopatológicamente, surgiendo resultados sobre la utilización de uno u otro material, los cuales presentamos. El objetivo de este trabajo es, descubrir en forma secuencial y documentada, el manejo integral de los animales de experimentación (cobayos), enfatizando aquellos criterios más relevantes en cuanto a las timpanotomías realizadas, el uso del ácido hialurónico en cirugías de oído

medio, procedimientos necesarios para el desarrollo de este tipo de cirugías y la posibilidad de su uso, en cirugías otológicas humanas, previa evaluación de los resultados obtenidos. Esperamos que lo expuesto sirva para mejores resultados en el campo de la cirugía otológica.

08:30 - 08:45

2. Angelópolis

Rabdomiosarcoma de fosa infratemporal y espacio parafaríngeo derecho

Autores: Dr. Miguel Espinoza Cano

Dr. Jorge Alvarez Balbás

Dr. Jesús Godínez

Objetivo: presentación de un caso de rabdomiosarcoma de fosa infratemporal y espacio parafaríngeo derecho en un niño de 7 años. Material y métodos. Se realizó el estudio en un paciente pediátrico masculino de 7 años de edad. Se le realizaron estudios de laboratorio y gabinete, así como de patología. Resultado: este es el caso de un paciente masculino de 7 años sin antecedentes de importancia para su padecimiento, con cuadro de un mes de evolución presentando roncus nocturno, respiración oral, rinorrea hialina anterior, así como, voz nasal y otalgia derecha, sin síntomas de desgaste. A la exploración física se encontró otoscopia normal, nariz: a la rinoscopia anterior séptum y válvulas funcionales no descarga meatal, cornetes en ciclo, no se visualiza tumoración a través de fosas nasales; cavidad oral: se encuentra abombamiento del paladar blando de 10x 8 cm aproximadamente sin cambios en la superficie del paladar, siendo de consistencia dura y adherida a planos profundos, al nivel de región parotídea derecha se encuentra aumento de volumen que se corre hacia región del ángulo de la mandíbula derecha, no hay adenomegalias en cuello. Se realiza resonancia magnética en donde se encuentra tumoración que interesa nasofaríngeo, fosa infratemporal, espacio parafaríngeo derecho y región parotídea derecha. Se tomó biopsia con trucut reportándose rabdomiosarcoma. Conclusiones: se debe recordar que el rabdomiosarcoma en cabeza y cuello es una patología de sintomatología inocua y debe tenerse siempre en cuenta.

08:30 - 08:45

3. La Constancia

Estudio comparativo entre paraformaldehído y óxido de etileno en la esterilización de instrumental quirúrgico otorrinolaringológico

Autores: Dr. Marcos Alejandro Jiménez

Chobillon

Dra. María del Carmen López Moreno

Q.B.P. David Moncada Barrón

Q.C. Sara Escalante Arroyo

1) Introducción: La aparición de equipos quirúrgicos modernos sensibles al calor ha hecho necesario el desarrollo de técnicas de esterilización alternas que no dañen estos equipos costosos, y que a su vez brinden una esterilización confiable.

2) Antecedentes: El óxido de etileno (OE) es el gas más empleado en nuestro hospital en la esterilización de instrumental sensible al calor. En la división de otorrinolaringología se emplean las tabletas de paraformaldehído (PF) que parecen ser una buena alternativa. No existe ningún estudio previo en nuestro hospital que lo demuestre. 3) Hipótesis: Si la esterilización PF es capaz de eliminar los microorganismos habituales del instrumental quirúrgico al igual que el OE, entonces el PF puede ser alternativa en la esterilización de instrumental quirúrgico otorrinolaringológico. 4) Objetivos: Determinar si la eficacia del PF es similar a la del OE en la esterilización. 5) Material y método: Fueron sometidos 30 equipos de instrumental a esterilización por OE y 30 con tabletas de PF. Se enviaron estos a bacteriología para toma de muestras y se determinó el porcentaje de efectividad. 6) Resultados: Con el PF, no se obtuvo crecimiento alguno de microorganismos. De las 30 muestras esterilizadas con OE, una fue excluida por presentar residuos de tejido. Las 29 restantes fueron negativas. 7) Discusión: Ambas técnicas de esterilización fueron efectivas en un 100% pero sólo cuando el instrumental fue preparado adecuadamente, previamente a su esterilización. 8) Conclusiones: la esterilización con PF presenta una efectividad comparable a la esterilización con OE. Además el PF presenta varias ventajas como un menor costo, una esterilización ambulatoria, y versatilidad para esterilizar equipos diversos.

08:30 - 08:45 **4. La Oriental**
Tumor de glomus timpánico, presentación de caso clínico y revisión bibliográfica

Autores: *Dr. Alfonso Jaramillo León*
Dr. Salvador Vera Luna
Dr. Alfonso Jaramillo Ledesma
Dra. Cynthia Mayra De la Cruz Ruelas

Se presenta caso clínico, interesante por tratarse de un tumor de Glomus timpánico, en una paciente del sexo femenino de 63 años de edad, quien cursa con dos años de evolución, con sensación de acúfeno pulsátil en oído izquierdo. Antecedentes de interés: la paciente es asmática y enfisematosa, con tabaquismo positivo desde hace ocho años, con un promedio de 10 cigarrillos por 24 horas, desde la edad 10 años. A la exploración física, presenta una lesión hemorrágica tumoral en la caja y membrana timpánica izquierda, pulsátil, la TAC comparativa de oídos, simple y contrastada, muestran imágenes compatibles con tumoración de partes blandas, ocupativa de caja timpánica izquierda. La audiometría reporta hipoacusia mixta de predominio conductivo, impedancia muestra rigidez del sistema, con ausencia de reflejo ipsi, compliance muy alto. Se somete a video grabación endoscópica asistida, por métodos electrónicos (micrófono y amplificador de sonidos) lográndose demostrar como acúfeno objetivo. Se somete a extirpación de la tumoración

mediante mastoidectomía radical y se envía a estudio histopatológico. Se hace revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

08:30 - 08:45 **5. La Violeta**
Utilidad del complejo sinonasal del cerdo en el entrenamiento de la cirugía endoscópica de senos paranasales en el humano.

Autores: *Dr. Alain Sánchez Vázquez del Mercado*
Dr. Daniel Cosío Salinas
Dr. Irving Irigoyen Falcón
Dra. Kenia Yanira Baños Hernández

Se realizó un estudio anatómico comparativo entre el complejo osteomeatal del cerdo y el ser humano, apoyado con disección macroscópica, endoscópica y tomografía computada, analizando las similitudes y diferencias, así como, las ventajas y desventajas de su utilización en el entrenamiento de cirugía endoscópica de senos paranasales.

08:30 - 08:45 **6. La Esperanza**
Taller de manejo de neuronavegador en cirugía otorrinolaringológica
(EYMSA) Electrónica y Medicina

08:45 - 09:00 **1. El Alto**
Hipoacusia, prevalencia y sus causas principales en derechohabientes del Hospital Regional ISSSTE, Puebla.

Autores: *Dra. Silvia Coral Arminio Barrios*
Dra. Francisca Alicia Guadalupe Puente González

Introducción: la hipoacusia puede tener múltiples causas, y afectar a todas las edades, sin embargo, el resultado es el mismo, altera la personalidad del paciente, deteriora las relaciones humanas y altera sus condiciones laborales. Objetivos: conocer la frecuencia y las causas de hipoacusia, así como, la relación a la edad y ocupación, en la población derechohabiente del hospital. Material y método: se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, unicéntrico, retrolectivo, de los pacientes que acudieron por hipoacusia, a la consulta externa de ORL, en un periodo de 1998 al 2000, a los cuales se les realizó estudio audiológico completo. Resultados: acudieron a consulta de primera vez en tres años, 3,600 pacientes, de los cuales: 500 por hipoacusia, 331 mujeres (66.2%) y 169 hombres, con edad de 5 a 50 años, con un predominio de edad de 35 a 50 años (244 casos). Su principal ocupación: maestro 287 (57.4%), el hogar 10%, jubilados 11%, estudiante 42% y oficinistas 12%. Se detectaron 35 casos normales (menos del 10%), y las principales causas de hipoacusia fueron: secuelas otitis de OMC 210 (42%), otesclerosis 186, laberintopatía 20, anacusia post viral 16 y otros 33 casos. En cuanto al grado de hipoacusia 286 casos de tipo moderado, 106 superficial, 39 severos. Y las enfermedades asociadas más importantes, la

infección respiratoria en general, con amigdalitis crónica 387 casos, traumatismo 32 y D.M. 43. Conclusiones: aunque la hipoacusia no es tan frecuente en nuestra población (13.8), debemos implementar técnicas de educación tanto al paciente como el médico de primer contacto para prevenirlas, pues aún siguen siendo las causas infecciosas, el principal agente etiológico.

08:45 - 09:00

**2. Angelópolis
Inmunoreactividad glial y ultraestructura
astrocitaria en el núcleo motor del nervio
facial de hámsters posterior a la axotomía-
tubulización: efectos con progesterona**
**Autores: D. en Cs María Esthela Chávez
Delgado Dr. en Cs. Juan Mora Galindo
Dr. en Cs. Fernando López-Dellamary Toral
Dr. Sergio Castro Castañeda M. en Cs. Ulises
Gómez Pinedo Dr. en Cs. Joaquín García
Estrada**

Al lesionar neuronas motoras periféricas se producen diversas reacciones en las células del Sistema Nervioso, gliales (astrocitos, microglia, oligodendrocitos) y neuronas. En el núcleo motor del nervio facial, la axotomía produce alteraciones en los componentes neuronales, dirigidos al metabolismo, integridad citoesquelética, neurotransmisión y expresión génica. Además, los astrocitos se hipertrofian, proliferan, se activan y expresan proteína ácida fibrilar glial (GFAP). Los astrocitos son blanco para hormonas gonadales y esteroides producidos por el sistema nervioso (neuroesteroides), los cuales poseen efectos moduladores sobre la reactividad astrogliar posterior a lesiones traumáticas cerebrales. En este estudio, examinamos en el núcleo motor del nervio facial de hámster machos gonadectomizados en diferentes tiempos poslesión, el efecto de progesterona sobre la respuesta glial posterior a la axotomía y tubulización del nervio facial, su inmunoreactividad y cambios nucleares ultraestructurales. El grupo tratado con progesterona reveló reducción significativa del número de astrocitos inmunoreactivos en el núcleo facial ipsilateral ($p < 0.01$) a los 15, 30, 60 y 90 días posterior a la axotomía, en comparación con el grupo control-vehículo, el cual mostró la mayor transformación astrocitaria y células inmunoreactivas a GFAP. Los cambios ultraestructurales mostraron a 15 días poslesión, incremento del área nuclear astrocitaria, misma que se redujo a los 45 días; éste parámetro no fue modificado por la administración de progesterona. Sin embargo, la progesterona tuvo efectos moduladores en la inmunoreactividad astrogliar del núcleo motor del nervio facial posterior a la axotomía en hámster machos castrados. Estos eventos sugieren que la progesterona puede contribuir en la regeneración axonal al regular la astrocitosis reactiva. Es probable que los cambios nucleares observados en los astrocitos estén ligados

en la reorganización metabólica para la síntesis regenerativa.

08:45 - 09:00

**3. La Constancia
Relación de la hipoacusia neurosensorial
congénita y el síndrome de Q-T largo**
**Autores: Dr. Jorge Glicerio González Sánchez
Dra. Ma. Cristina Navarro Meza
Dra. Clara Elena Gutiérrez de la Rosa
Dr. Yazdgar Tomás Barragán Tejeda
Dr. José Manuel Arias Mora**

El síndrome de Q-T largo es una alteración del sistema eléctrico del corazón que se debe a defectos de la estructura celular cardíaca al nivel de los canales iónicos, esto predispone a estas personas al síncope, pudiendo llegar a una falla cardíaca fatal. Este padecimiento puede ser hereditario o congénito. El que nos ocupa, el hereditario, tiene una variante autosómica recesiva o de Jervell-Lange Nielsen que se asocia con sordera neurosensorial congénita. Objetivo: identificar el síndrome de Q-T largo en pacientes jóvenes con hipoacusia neurosensorial congénita. Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo, horizontal y descriptivo. Se estudiaron un total de 77 pacientes con edades de 3 meses a 30 años con sordera neurosensorial congénita comprobada en los cuales se realizó un interrogatorio indirecto sobre sus antecedentes, en especial los familiares con síncope. Se procedió a practicarles un electrocardiograma (EKG). A los pacientes con alteración electrocardiográfica o sospecha de Q-T largo se les realizó prueba de esfuerzo. Se excluyó a aquellos con uso de medicamentos capaces de alterar el trazo de EKG. Resultados: Se valoraron por completo a 76 pacientes de los cuales uno resultó con trazo Q-T largo de 40 mm/segundo del sexo femenino equivalente al 1.2% de la población estudiada. La paciente no cuenta con antecedentes de familiares con síncope o muerte súbita. Esta paciente se mantiene bajo vigilancia por un cardiólogo.

08:45 - 09:00

**4. La Oriental
Tratamiento de los linfomas No Hodgkin
nasales**

**Autores: Dr. Alberto Labra Herrera
Dr. Fermín González Pérez
Dr. Ángel D. Huerta Delgado
Dr. Rogelio Chavolla Magaña
Dr. Jorge Alanís Calderón**

A pesar de ser una enfermedad rara, originándose a partir de la nariz, los linfomas nasales tienen una incidencia relativamente elevada, en la región centro de nuestro país. Se describen las formas de tratamiento utilizadas en nuestro hospital para los diferentes tipos de linfomas No Hodgkin nasales.

08:45 - 09:00

5. La Violeta**Escleroma respiratorio: un enigma clínico y patológico****Autores: Dra. Bertha Isabel Arévalo Rivas**

A pesar de que el escleroma respiratorio (ER) se conoce desde hace más de un siglo, poco se sabe acerca de las características específicas de la respuesta inmune del individuo afectado y de su relación con la bacteria causante de la enfermedad, así como de los factores ambientales que influyen en su evolución. Hasta la fecha los reportes publicados son sugestivos de inmunosupresión celular, pero no se han realizado estudios para confirmar esta hipótesis. Se presenta el caso de un hombre de 39 años de edad con diagnóstico de ER que cursó con una gran lesión centro-facial destructiva (nariz de Hebra). No es frecuente en nuestro medio, observar esta forma grave de presentación de la enfermedad en etapa inicial. Consideramos de interés dar a conocer este caso, así como, recordar que el ER no ha desaparecido y que por el contrario existen datos que indican que su frecuencia está aumentando. Esta enfermedad debe considerarse como una de las infecciones oportunistas que se pueden presentar en el SIDA. En el presente trabajo se hace el reporte del caso y se realiza una revisión de la literatura.

08:45 - 09:00

6. La Esperanza**Taller de manejo de neuronavegador en cirugía otorrinolaringológica (EYMSA) Electrónica y Medicina**

09:00 - 09:15

1. El Alto**Abordaje directo para la reducción abierta con fijación interna de las fracturas de arco cigomático****Autores: Dr. Mauricio Morales Cadena
Dr. Fernando Sánchez y Bejar**

Las fracturas del tercio medio facial, representan un problema bastante frecuente en la población adulta; dentro de éstas, las de arco zigomático, ocupan un lugar de suma importancia, debido a que la adecuada restauración de dicha estructura anatómica, dará como resultado una adecuada simetría facial posquirúrgica. Actualmente, sabemos que para lograr una adecuada reducción debemos fijar el cigoma en cuatro puntos. Presentamos un estudio, cuyo objetivo es, analizar la casuística de trauma facial en nuestro hospital, así como, determinar la incidencia de afección del hueso cigomático, proponiendo un abordaje directo como complemento en la reducción, con fijación interna de dicha estructura anatómica. Para lo cual, realizamos un estudio retrospectivo en donde se recabaron 276 casos de fracturas faciales en 218 pacientes, de julio de 1995 a julio de 2001, analizando la edad, sexo, tipo de fractura implicada, técnica quirúrgica, puntos de fijación anatómicos,

combinación de abordajes empleados para una adecuada resolución, tipo de material empleado y la evolución posquirúrgica, en donde se tomaron en cuenta principalmente: posición del globo ocular, proyección malar y sensibilidad en el área implicada, comparando estos resultados con los obtenidos con técnicas convencionales y con la literatura.

09:00 - 09:15

2. Angelópolis**Tumor neuroendocrino nasal presentación de un caso y revisión de la literatura****Autores: Dra. Verónica Vázquez Ballesteros
Dr. Francisco Javier Saynes Marín
Dr. Jorge Amador Aguilar Sánchez**

Presentamos un caso de una paciente de 14 años de edad, con tumor neuroendocrino nasal con extensión ganglionar. Debutó con la presencia de masa en cuello de tres meses de evolución y mes y medio después, sintomatología nasal del tipo de epistaxis y obstrucción, acompañado de cefalea. Los estudios de imagen revelaron la presencia de tumor nasal con extensión a fosa craneal anterior. Los estudios de patología e inmunohistoquímica, corroboraron la presencia de tumor raro, habiéndose publicado en la literatura pocos casos, cuyo primario sea de origen nasal. El nuestro, incluye un estudio histológico donde se observa una neoplasia con un patrón de crecimiento de predominio trabecular, constituida por células cuboidales, ligeramente redondas y ovaladas, de núcleo lateralizado. El estudio inmunohistoquímico reveló un fenotipo con expresión positiva para cromogranina A, citoqueratina AE1/AES, sinaptofisina y enolasa neuroal específica. El resultado de estos estudios nos permite advertir en este tumor, una diferenciación neuroendocrina. La paciente es enviada a quimioterapia y radioterapia. Se presenta a continuación el caso manejado en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Juárez de México.

09:00 - 09:15

3. La Constancia**Prednisona y nimodipino en el tratamiento de la hipoacusia súbita ideopática****Autores: Dr. Ramón Hinojosa González
Dra. Olivia Vales Hidalgo
Dr. José Luis Luévano González**

La Hipoacusia Sensorineural Súbita, es una urgencia otológica y es definida como la pérdida auditiva de 30 dB o más en tres frecuencias continuas, que ocurre en menos de tres días, sin factores precipitantes. En el presente trabajo se propone una nueva modalidad terapéutica, utilizando nimodipino y prednisona durante un mes, se presentan los resultados obtenidos en 10 pacientes, y se compara con otros tratamientos.

09:00 - 09:15

4. La Oriental
Estudio comparativo de dos técnicas de
reacomodo vestibular en el vértigo postural
paroxístico benigno

Autores: Dr. Salvador Zárate Camacho
Dra. Rosa María Flores Díaz

Objetivo: conocer la utilidad de las maniobras descritas por Epley y Semont en el control de los síntomas del vértigo postural paroxístico benigno (V.P.P.B.). **Material:** se realizaron maniobras de reacomodo vestibular en 60 pacientes con diagnóstico de vértigo postural paroxístico benigno, 40 con la maniobra de Semont y 20 con la maniobra de Epley. **Método:** en pacientes con sintomatología vertiginosa se practicaron electronistagmografía, pruebas térmicas, audiometría y pruebas rotatorias, eliminando aquellos pacientes con lesión vestibular orgánica. Los pacientes sin lesión vestibular se dividieron en dos grupos. Se practicó la maniobra de Semont a los pacientes sin patología concomitante, y la maniobra de Epley a aquéllos con patología concomitante que no permitía la realización de la maniobra de Semont. **Resultado:** el 95 % de los pacientes sometidos a la maniobra de Semont mostraron mejoría de la sintomatología vertiginosa y sólo el 85% de los sometidos a la maniobra de Epley mostraron también la mejoría. La diferencia no es estadísticamente significativa.

09:00 - 09:15

5. La Violeta
Síndrome de Melkersson-Rosenthal

Autores: Dra. Ma. Guadalupe Isabel Montes
Dorantes Dra. Olivia Vales Hidalgo
Dr. Carlo Pane Pianese

El síndrome de Melkersson-Rosenthal, es una de las causas más raras de parálisis facial recidivante, asociada a manifestaciones mucocutáneas. Representa menos del 1% de las parálisis faciales recidivantes y es más frecuente en mujeres entre la 2ª y 4ª décadas de la vida. Se caracteriza por parálisis facial recidivante, alternante, asociada a edema hemifacial del lado afectado y lengua fisurada, no tiene una etiología específica pero se ha asociado a edema angioneurótico y también se ha considerado una variante de la sarcoidosis. El tratamiento es inicialmente esteroides sistémicos, cuidados oculares; en cuanto a las recidivas, se maneja con descompresión de las tres porciones del nervio facial, lo anterior con la finalidad de disminuir secuelas. El objetivo del presente trabajo es presentar la experiencia en el manejo de este síndrome en el Instituto Nacional de Neurología. Se revisaron 6765 expedientes de pacientes con parálisis facial periférica, manejados en la clínica de facial de 1974 a septiembre del 2001, encontrando 427 casos de parálisis facial recidivante, de los cuales 89 casos fueron diagnosticados como síndrome de Melkersson-Rosenthal, los cuales presentaron entre 3 y 17 parálisis faciales, en su mayoría (53%) entre 4 y 6 episodios. El intervalo

entre cada episodio fue entre 3 semanas y 9 años, presentándose más frecuentemente entre 1 y 3 años, en un 68.5%). El manejo fue conservador en 80 pacientes y quirúrgico con descompresión completa en 9 pacientes.

09:00 - 09:15

6. La Esperanza
Taller de manejo de neuronavegador en
cirugía otorrinolaringológica
(EYMSA) Electrónica y Medicina

09:15 - 09:30

1. El Alto
Rinofina nasal, manejo con dermoabrasión y
radio frecuencia. Presentación de un caso
Autores: Dr Jerry Sandoval Serrano
Dra. Marina García Pérez

09:15 - 09:30

2. Angelópolis
Tratamiento actual del angiofibroma juvenil
nasofaríngeo

Autores: Dr. Alberto Labra Herrera
Dr. Ángel D. Huerta Delgado
Dr. Fermín González Pérez
Dr. Rogelio Chavolla Magaña
Dr. Jorge Alanís Calderón

Aunque se trata de una neoplasia relativamente rara, su prevalencia en países como México y su letalidad potencial, hacen del angiofibroma juvenil nasofaríngeo, una lesión a la que se le debe tomar seriamente en cuenta. Son diversos los tipos de tratamiento propuestos para este tumor. Se hace una reseña de ellos, sus ventajas y desventajas, así como, las tendencias actuales.

09:15 - 09:30

3. La Constancia
Abordaje endoscópico en absceso de órbita,
presentación de tres casos

Autores: Dr. Juan Gutiérrez Butanda

Objetivo: Presentar la técnica quirúrgica endoscópica en absceso de órbita, tipo IV de la clasificación de Chandler, mostrar las ventajas sobre el abordaje externo, sus indicaciones y los abscesos de órbita que se pueden abordar por esta técnica. **Material:** Se presentan tres pacientes de 2 a 13 años de edad con abscesos orbitario secundarios a sinusitis. A los pacientes se les realizó tomografía computada, historia clínica completa y exploración nasal endoscópica. **Método:** bajo anestesia general, se realiza exploración endoscópica nasal, etmoidectomía, identificación de los puntos de referencia y de la lámina papirácea, se presenta la técnica para resección parcial de la lámina papirácea e incisión de la periórbita y drenaje del absceso orbitario. **Resultados:** la evolución de los pacientes fue favorable, con recuperación más rápida que en los abordajes externos, sin complicaciones como hematoma orbitario, diplopia por lesión a músculos extraoculares. Se normalizó la visión, así mismo, se evitó cicatrices faciales externas. **Conclusiones:** el

abordaje endoscópico en absceso de órbita es un procedimiento seguro, con recuperación más rápida que con los abordajes externos, no deja cicatrices faciales y resuelve, al mismo tiempo, la infección sinusal que dio origen a la complicación orbitaria.

09:15 - 09:30

4. La Oriental

Tumor fibroso solitario nasosinusal

Autores: Dr. Alfredo Vega Alarcón

Dr. León Felipe García Lara

Dr. Mario Vincenzo Aiello Mora

Dr. Roberto Sánchez Larios

El tumor fibroso solitario es una neoplasia poco frecuente. Su presentación clásica es al nivel de la pleura, aunque ocasionalmente puede ser localizado en otros sitios, como el tracto respiratorio superior. Microscópicamente, esta lesión se ve caracterizada por células en huso sobre un estroma laxo de colágena. Resulta positivo para tinciones con vimentina y otros marcadores celulares específicos como CD34. La mayoría de estos tumores tienen un curso benigno, particularmente, aquellos que presentan una masa pedunculada, que fácilmente puede ser reseada. Sin embargo, algunos tumores pueden tener un comportamiento maligno, caracterizado histológicamente por la presencia de figuras mitóticas anormales, pleomorfismo celular o presencia de células gigantes. Se presentan dos casos estudiados y tratados en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. El primero, una mujer de 46 años, con obstrucción nasal de un año de evolución, acompañado de epistaxis unilateral severa que requirió taponamientos anteriores. A la endoscopia, se observó una lesión de superficie lisa, rojiza en área IV y V. Los estudios de imagen mostraron una tumoración homogénea no destructiva que reforzaba discretamente con el medio de contraste. Se realizó resección por vía endoscopia, con seguimiento a tres años sin recurrencia. El segundo caso, corresponde a un niño con obstrucción nasal unilateral y epistaxis anterior. En el estudio endoscópico, se observó una lesión de superficie lisa rojiza en área IV. Se realizó abordaje transpalatino y endoscópico con recidiva, por lo que se realizó un abordaje externo con sección del arco zigomático para exposición completa de la fosa pterigomaxilar. Actualmente sin recidiva a medio año de seguimiento.

09:15 - 09:30

5. La Violeta

Instilación transtimpánica de gentamicina en el tratamiento de la enfermedad de Meniere.

Autores: Dra. Olivia Vales Hidalgo

Dra. Heloisa C. De Toledo

Dr. Ramón Hinojosa González

El efecto ototóxico de la gentamicina se asocia a degeneración de células ciliadas de la cresta, ámpula y cóclea, además de daño a células oscuras del vestíbulo encargadas de la producción de endolinfa. La gentamicina ha sido utilizada con éxito en el

control del vértigo sin embargo, tiene alto riesgo de producir hipoacusia. **Objetivos:** Determinar la efectividad de la instilación transtimpánica de gentamicina en el control del vértigo como opción no quirúrgica en pacientes con enfermedad de Meniere unilateral y otras formas de hidrops endolinfático sin respuesta a tratamiento médico. **Material y Métodos:** Se estudiaron 2 pacientes con enfermedad de Meniere unilateral definitiva según los criterios de la "American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery" y 2 pacientes con hidrops endolinfático tardío, quienes cursaban con episodios recurrentes e incapacitantes de vértigo refractario a tratamiento médico (y quirúrgico en dos casos). Tres pacientes presentaban audición no útil en el oído afectado (PTA mayor a 80db y menos de 50% de discriminación en la logaudiometría) y el cuarto una hipoacusia media. Bajo visión microscópica y con el paciente en posición supina se instiló en los cuadrantes anteriores de la membrana timpánica, gentamicina a concentración de 30mg/ml en forma semanal hasta lograr la remisión total del vértigo. Posterior a cada instilación el paciente permaneció en posición supina por aproximadamente 1 hora. Todos los pacientes fueron monitorizados con estudio audiométrico, logaudiometría y pruebas calóricas empleando irrigación con agua a 44, 30 y 0 en forma semanal. **Resultados:** La dosis de gentamicina requerida para lograr el control de vértigo y ablación vestibular del oído afectado demostrada por ausencia de respuesta vestibular después de la irrigación con agua a 0 fue variable en cada caso, siendo 5 la dosis máxima. En ningún caso se observó mayor deterioro en la audición. **Conclusiones.** La instilación transtimpánica de gentamicina es un tratamiento útil en el control del vértigo intratable en pacientes con enfermedad de Meniere unilateral e hidrops endolinfático indicado sobretodo en pacientes sin audición útil.

09:15 - 09:30

6. La Esperanza

Taller de manejo de neuronavegador en cirugía otorrinolaringológica (EYMSA) Electrónica y Medicina

CONFERENCIAS

09:30 - 10:30

Manejo de autoinjertos en rinoplastia

Autores: M. Eugene Tardy, Jr., M.D., F.A.C.S.

09:30 - 10:30

2. Angelópolis

Autores: Nikhil Bhatt M.D

09:30 - 10:30

3. La Constancia

Uvulopalatoplastia asistida con láser

Autores: Docteur Yves Victor Kamami

09:30 - 10:30

Autores: *Dr. Luis García Ibáñez*

4. La Oriental

09:30 - 10:30

Cirugía de la punta nasal

Autores: *Dr. Juan David Carvajal*

5. La Violeta

09:30 - 10:30

Especialidades Afines

6. La Esperanza

CURSOS MONOGRÁFICOS

11:00 - 12:00

Finesas en rinoplastia

Autores: *M. Eugene Tardy, Jr., M.D., F.A.C.S.*

1. El Alto

11:00 - 12:00

La rinoseptoplastia de la nariz desviada

Autores: *Dr. Abraham Kilimajer*

2. Angelópolis

11:00 - 12:00

Pasado, presente y futuro de los antibióticos

Autores: *David P. Nicolau Pharmd FCCP*

3. La Constancia

11:00 - 12:00

Manejo del colesteatoma

Autores: *Dr. Luis G. Martín Armendariz*

4. La Oriental

El curso tiene como objetivo difundir el esquema utilizado por el autor en la elección de la técnica quirúrgica más apropiada, dependiendo de las características del colesteatoma. Se basa en un algoritmo que tiene la propiedad de poder ser llevado a cabo por cualquier cirujano.

11:00 - 12:00

Aplicación clínica de los reflejos estapediales

Autores: *Dra. Carmen Tirado Gutiérrez*

5. La Violeta

Los reflejos estapediales son un complemento en la clínica junto con los estudios de gabinete; comprendiendo la anatomofisiología, podemos tener con cierta precisión el topodiagnóstico, su buena interpretación apoya y refuerza, en muchas ocasiones, el tratamiento a seguir o la evolución de algunas patologías. En un principio se pensó que la impedanciometría audiométrica tenía su principal papel en la detección de alteraciones del oído medio, sin embargo, la experiencia clínica ha demostrado su importancia en la patología del oído medio, en la evaluación audiológica en enfermos con problemas sensorineurales y en las alteraciones centrales. La contracción del tensor del tímpano y del músculo del estapedio modifica la admitancia acústica de la cadena oscicular, los cambios que se desarrollan en el músculo son muy pequeños y tienen una significativa influencia sobre la transmisión a través del oído medio. El reflejo acústico registra admitancias que ocurren durante la contracción del músculo del estapedio, la amplitud del reflejo disminuye cuando disminuye la intensidad del estímulo. En las afecciones del oído medio

específicamente la otoesclerosis unilateral el reflejo estapedial toma gran importancia siendo un método sencillo y objetivo que nos puede aclarar el diagnóstico. También podemos correlacionar el estudio del reflejo estapedial con patologías de oído medio de otros orígenes. El comportamiento del reflejo estapedial en las hipoacusias sensorineurales es relevante desde el punto de vista clínico donde se puede establecer el máximo de pérdida auditiva, el umbral mínimo de audición o cuando tenemos efecto de reclutamiento coclear. La vía de reflejo estapedial a través de los núcleos cocleares y de los núcleos olivares superiores y su inervación al nervio facial tanto ipsi y contralateral nos da información de la integridad del VIII par y su núcleo, de la sinapsis con el núcleo olivar superior y del núcleo de VII par, por lo que se pueden estudiar lesiones intraaxiales, cuando estas se encuentran en el tronco cerebral y extraaxiales cuando éstas se encuentran fuera, bien afectando el VIII par directamente o en el ángulo pontocerebeloso. Objetivo: Reforzar la importancia del reflejo estapedial como apoyo y complemento de los estudios de gabinete en las diferentes patologías otológicas. Material y Método: Se realizará una revisión de la vía del reflejo estapedial y posteriormente se discutirán casos clínicos de las diferentes patologías auditivas e interpretación de los reflejos ipsi y contralaterales para apoyo en la clínica.

11:00 - 12:00

Rinalgia

Autores: *Dr. Gabriel Abud González*

6. La Esperanza

12:00 - 13:00

Finesas en rinoplastia

Autores: *M. Eugene Tardy, Jr., M.D., F.A.C.S.*

1. El Alto

12:00 - 13:00

Apnea del sueño

Autores: *Dr. José A. Pinto*

2. Angelópolis

12:00 - 13:00

Rinoplastia abierta

Autores: *Dr. Jorge Arturo Zavala Habib*

La rinoplastia externa o rinoplastia abierta, constituye quizá una de las técnicas quirúrgicas más antiguas para corregir deformidades nasales, pues existen descripciones de este procedimiento que datan del año 600 A.C. Sin embargo, es por el año de 1934, que es retomada con bases más sólidas por Téthi y cobrado gran auge a nivel mundial en la última década. Y es que las ventajas de este abordaje son notables, por un lado, permite una gran visualización, quizá inigualable de las estructuras anatómicas nasales, por lo cual, tiene un papel fundamental en los hospitales de enseñanza, pero además, permite independientemente de la destreza del cirujano, lograr resultados notables en narices que por su características raciales, cirugías previas,



patologías traumáticas o tumorales, podrían tener un pobre pronóstico, tanto para el paciente; como para las expectativas del cirujano. No quieres esto decir, que se deba considerar la técnica de elección en todos los casos, ni mucho menos que sea una técnica sencilla, ya que las complicaciones derivadas de una técnica quirúrgica deficiente son importantes. Este curso se marca como objetivos fundamentales, dejar claramente definidas las indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, así como, complicaciones de esta técnica y los puntos clave a tener en consideración para lograr un resultado de excelencia.

12:00 - 13:00

4. La Oriental

Estudio retrospectivo de nódulos laríngeos y disfonía funcional: medidas objetivas para determinar evolución

Autores: *Dra. Martha Tarasco Michel*

Dra. Clotilde Rodríguez

Dra. María Del Río Profr. Torcuato Labella

Introducción: La patología vocal es, en su mayor parte, discapacitante para un buen número de pacientes, muchos de los cuales, a veces sin percatarse de ello, son profesionales de la voz. A su vez, estos trastornos ocupan una parte significativa de la consulta otorinolaringológica. Por ello, es importante para el especialista conocer no sólo las entidades patológicas en sí mismas y las posibilidades de diagnóstico y de tratamiento, sino también, sobre todo en el caso de una patología crónica, contar con elementos de juicio suficientemente objetivos para valorar su evolución. Metodología: se revisan retrospectivamente dos series significativas y representativas de pacientes con Nódulos en Cuerdas Vocales (97 pacientes) y con Disfonía Funcional (65 pacientes). El método de estudio ha sido el siguiente: revisión de la historia clínica otorinolaringológica y foniatría, exploración ORL y foniatría, con laringoestroboscopia y análisis acústico de la voz pre y post tratamiento foniatrico. Se han analizado los factores etiológicos y de evolución en ambas patologías, comparándolos con los hallazgos de exploración previos y posteriores al tratamiento foniatrico, así como la relación existente entre ellos. En ambos trastornos sabemos que la colaboración del paciente en su rehabilitación es indispensable, especialmente en los pacientes con Disfonía Funcional. Y que aunque en el caso de muchos nódulos habrá que llegar a la extirpación quirúrgica de los mismos, su etiología y tratamiento completo requieren de la intervención foniatrica. Conclusiones: no se ha establecido una relación entre los hallazgos de exploración visual y los de exploración acústica, que no necesariamente tienen una correspondencia con la mejoría clínica.

12:00 - 13:00

5. La Violeta

Glándulas salivales, conceptos útiles en la práctica cotidiana

Autores: *Dr. Jorge F. Alvarez Balbás*

Objetivo: que el médico conozca las patologías más frecuentes de las glándulas salivales en la consulta diaria de otorinolaringología tanto en su diagnóstico clínico, como en el uso racional de los métodos diagnósticos más actuales, así como, conocer los tratamientos médicos y quirúrgicos adecuados para cada patología. Método: se llevará a cabo una revisión de los puntos más útiles de la anatomía y fisiología de las glándulas salivales mayores, seguido de una metodología para que a través del interrogatorio y la exploración física se pueda tener un diagnóstico presuncional de la patología presente. Se revisarán los criterios sobre los que se basan la solicitud racional de los estudios de laboratorio y gabinete que son útiles para complementar el diagnóstico. Se llevará a cabo una serie de ejemplos clínicos de casos de las distintas patologías más frecuentes y su representación en los distintos métodos diagnósticos por imagen, haciendo correlación clínica y de imagen de las patologías más frecuentes. Se analizará el uso y utilidad de la biopsia por punción con aguja fina en glándulas salivales y por último se discutirán los criterios generales de tratamiento en la patología salival. Al término de la presentación el médico tendrá las bases para el diagnóstico clínico, y el conocimiento para poder evaluar los exámenes de gabinete para así poder realizar el tratamiento más adecuado en cada caso.

12:00 - 13:00

6. La Esperanza

Conceptos avanzados sobre implante coclear

Autores: *Dr. Gonzalo Corvera Behar*

El campo de los implantes cocleares se ha ampliado considerablemente en nuestro país, con actualmente por lo menos 7 grupos trabajando con programas bien estructurados. Por ello hemos reorganizado este curso, que ya no tratará sobre conceptos básicos de implante coclear, sino que se basará en nuestra experiencia de más de 10 años y 130 pacientes implantados para tocar temas de difícil manejo, como son: Selección en pacientes difíciles. Se tratarán temas de selección de pacientes con discapacidades múltiples, el candidato adolescente, pacientes con audición residual, etc. Manejo de malformaciones cocleares. Presentaremos ejemplos de malformaciones de Michel, Mondini, ausencias de conductos auditivos internos, etc. para mostrar el estado actual de los medios de diagnóstico para determinar en cuales de estos pacientes los resultados son óptimos, en quienes subóptimos, y en quienes está contraindicado el procedimiento. Manejo de electrodos nuevos. La colocación del electrodo "Contour" implica detalles técnicos importantes, y algunas dificultades conocidas. En particular se hablará de las modificaciones necesarias en la técnica quirúrgica, y como evitar

daños al electrodo en casos de extracción difícil del estilete. Resolución de problemas post implantación. Infecciones postoperatorias, vértigo post implante, parálisis facial tardía, extrusión tardía, y problemas de calibración.

MESAS REDONDAS

13:30 - 15:00

1. El Alto

Complicaciones en cirugía rinofacial y el paciente insatisfecho

Coordinador: **Dr. Enrique Azuara Pliego**
Participantes: **M. Eugene Tardy, Jr. M.D., F.A.C.S.**
Dr. Fose Abbud Neme
Dr. Jaime Fandiño Izundegui
Dr. Armando González Romero
Dr. Fernando Ramírez Oropeza
Dr. Gabriel Osorno

13:30 - 15:00

2. Angelópolis

Alergias en Otorrinolaringología

Coordinador: **Dr. Jaime López López**
Participantes: **Dr. Isaac Shubich Neiman**
Dr. Antonio Alcazar Pineda
Dr. Arturo Avila Lozada
Dr. Alvaro Zaragoza Hernández
Dr. Jorge Ayala Moran

13:30 - 15:00

6. La Esperanza

Taller de Especialidades Afines

Resúmenes
martes 30 de abril de 2002

TRABAJOS LIBRES

08:30 - 08:45

1. El Alto Laringopiocele mixto interno y externo presentación de un caso clínico y revisión de bibliografía

Autores: Dr. Alfonso Jaramillo León
Dr. Salvador Vera Luna
Dr. Carlos López Salazar
Dr. Carlo Pedroza Méndez

Se presenta caso clínico interesante por ser infrecuente de esta enfermedad en mujeres, ya que según la revisión bibliográfica, es más frecuente en varones, ocasionalmente se infectan, y siendo los laringoceles externos los más frecuentes. Se presenta el caso de una paciente femenina de 72 años de edad, bronquítica crónica y tos crónica, con presencia de disfagia alta y presencia de tumoración en la cara lateral del cuello. A la laringoscopia directa, muestra la presencia de prolapso del saco ventricular y a la TAC de cuello, muestra la presencia de lesión de tipo mixto, que es sometida a laringoscopia y punción del saco del cual se obtiene material purulento, y posteriormente se somete a resección de la lesión por el cuello. Se hace una revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

08:30 - 08:45

2. Angelópolis Comparación entre factores etiológicos y datos clínicos epidemiológicos del absceso periamigdalino en el Servicio de Otorrinolaringología del H.G. R. 36, de julio de 2000 a julio de 2001

Autores: Dr. José Antonio Alameda
Dr. Jorge Alvarez Balbás
Dr. Gabriel Alatorre Ferrer

Objetivo. Comparar nuestra experiencia con la de la literatura en el diagnóstico y tratamiento del absceso periamigdalino, intentando corroborar lo escrito en la literatura con relación a que la infección de glándulas salivales menores en la amígdala es el agente etiológico de los abscesos. Material. Estudio retrospectivo observacional con pacientes del Centro Médico Nacional Puebla, en quienes se diagnosticó absceso periamigdalino y recibieron tratamiento. Método: Revisión de expedientes determinando método de diagnóstico, factores predisponentes, tratamiento y respuesta al mismo. Resultados: En este estudio se captaron siete casos de absceso periamigdalino, cinco de ellos fueron hombres y dos mujeres, la edad promedio de los pacientes fue de 31.7 años, se presentaron un caso en octubre, uno en diciembre, cuatro casos de febrero a abril y uno en julio 2001. El lado afectado fue en cuatro casos el izquierdo y tres el derecho. Los problemas orofaríngeos asociados fueron en cinco los dentarios, tres con tabaquismo, tres con antecedentes de amigdalitis en la infancia, y uno con reflujo gastroesofágico. El tiempo de inicio de los síntomas fue 3.4 días en promedio, encontrándose

principalmente la disfagia, odinofagia y fiebre. Muchos pacientes utilizaron la penicilina intramuscular sin resultados favorables. El drenaje de pus por punción acelera la mejoría y la curación.

08:30 - 08:45

3. La Constancia Relación anatomopatológica de los triángulos del cuello

Autores: Dr. Irving Irigoyen F.
Dra. Kenia Yanira Baños Hernández
Dr. Jorge A. Aguilar Sánchez
Dra. Ma. del Carmen Del Ángel Lara

En el presente trabajo, se llevará a cabo la descripción clínica y radiológica de cada uno de los espacios del cuello, así como, la patología más frecuentemente encontrada en cada uno de ellos, mediante la presentación de un caso clínico representativo.

08:30 - 08:45

4. La Oriental Screening auditivo universal en neonatos en el hospital italiano de Buenos Aires

Autores: Dr. Carlos M. Boccio

08:30 - 08:45

5. La Violeta Mejorando la proyección y definición de la punta nasal mediante suturas interdomales y abordaje abierto sin incisión transcolumelar

Autores: Dra. María Teresa Guerrero Carcía
Dr. Lázaro Cárdenas Camarena

EL presente trabajo se realizó con el objetivo de aprovechar al máximo la combinación de dos técnicas quirúrgicas en el manejo de la punta nasal. Para ello se realizó un abordaje similar al de punta abierta sin incisión transcolumelar, y el manejo de los cartílagos alares mediante suturas múltiples combinadas. Se presenta la casuística de un poco más de dos años, en donde fueron operados 57 pacientes de rinoplastia, tanto primarias como secundarias. En todos ellos se manejó la punta nasal mediante la realización de suturas de diferentes formas en los cartílagos alares de acuerdo a las características y necesidades de cada paciente. De la misma forma se realizó lipectomía extensa de la punta nasal cuando así era requerido. Todo este manejo de punta nasal fue realizado a través de un abordaje abierto de la misma pero sin incisión transcolumelar. Abordaje que ha sido previamente descrito, el cual es sumamente sencillo y nos elimina una de las principales desventajas de las técnicas abiertas que es la cicatriz transcolumelar. Que si bien, en pacientes caucásicos es poco notoria, en pacientes no caucásicos puede constituir un estigma importante. Este abordaje nos permite manejar los cartílagos mediante suturas de una manera muy completa y en muy diversas formas y variaciones, de igual manera, como se lograría con una técnica abierta clásica. Los resultados son altamente satisfactorios logrando una definición y rotación de la

punta que mediante una técnica cerrada serían muy difícil de alcanzar. Por lo cual se presenta como una alternativa más a las técnicas quirúrgicas en el manejo de la punta nasal.

08:30 - 08:45

6. La Esperanza

Taller de Especialidad Afín

08:45 - 09:00

1. El Alto

Empleo de nucleasas en la enfermedad inflamatoria del tracto respiratorio superior. Reporte preliminar

Autores: Dr. Alberto Labra Herrera

Dr. Ángel D. Huerta Delgado

Dr. Rogelio Chavolla Magaña

A pesar de ser una enfermedad rara, originándose a partir de la nariz, los linfomas nasales tienen una incidencia relativamente elevada, en la región centro de nuestro país. Se describen las formas de tratamiento utilizadas en nuestro hospital para los diferentes tipos de linfomas No Hodgkin nasales.

08:45 - 09:00

2. Angelópolis

Incidencia de linfomas en cabeza y cuello en la población derechohabiente del Valle de México

Autores: Dra. Rebeca Hernández Jiménez

Dra. Irasema Bolaños Huerta

Dra. Teresa González Galindo

Dr. Andrés Sánchez González

Dr. Miguel Ángel Azpeitia Torres

Los linfomas no Hodgkin son neoplasias del sistema inmunitario, las cuales conforman un grupo heterogéneo de enfermedades del sistema linforeticular; es una expansión monoclonal de linfocitos T o B, a diferencia de la enfermedad de Hodgkin, que se caracteriza por la presencia de células malignas de origen clonal de Reed-Stenberg y son variantes como reacción a un proceso inmunológico con respuesta celular variable. Se han asociado con el virus de Eipstein-Barr. Cualquier órgano puede ser afectado; la forma clínica más habitual es la aparición de adenopatía única o múltiple. En 20-30% su manifestación es extraganglionar, reportándose 3% en cabeza y cuello; la localización ganglionar más frecuente es cervical en 35%. El presente trabajo reporta la incidencia de los linfomas, en especial los de tipo no Hodgkin durante los últimos cinco años en el Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite, de los cuales 72% corresponden a Linfoma no Hodgkin y 28% a Enfermedad de Hodgkin, con mayor afección en el sexo masculino en edad económicamente activa, con afección en cabeza y cuello en 84.4%, y 50% localizado en cadena ganglionar cervical.

08:45 - 09:00

3. La Constancia

Amigdalectomía con uso de adhesivo tisular hemostático

Autores: Dr. Jerry Sandoval Serrano Dra. Marina García Pérez

08:45 - 09:00

4. La Oriental

Experiencia en el Servicio de ORL del H.E. C.M.N. M.A.C. Puebla en el manejo de estenosis

Autores: Dra. Anastasia Guieshuba Donis Hernández Dr. Pablo Mendoza Hernández

Las causas más importantes de estenosis traqueal en el Hospital de Especialidades C.M.N. 'Manuel Avila Camacho' IMSS Puebla, son la intubación prolongada y el traumatismo externo. El manejo de esta patología es con la técnica de anastomosis término-terminal de tráquea. Material y método: se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes con diagnóstico de estenosis traqueal de enero de 1995 a octubre de 2001, analizando factores predisponentes, manejo y evolución. Resultados: se encontraron 17 pacientes con estenosis traqueal, en todos los casos existió el antecedente de intubación prolongada. Todos fueron sometidos a anastomosis término-terminal, 16 pacientes evolucionaron en forma satisfactoria, dos pacientes cursan con parálisis cordal unilateral compensada, tres han sido sometidos a traqueoscopías de revisión, con un promedio de 3 a 4 semanas para evaporación de sinequias al nivel de la anastomosis, un paciente ameritó una segunda intervención por recidiva. Conclusiones: la anastomosis término-terminal, es una técnica segura, con mínima morbimortalidad, con un promedio de estancia hospitalaria de siete días. En nuestra institución, el porcentaje de éxito fue del 94% con un fracaso del 6% (reestenosis).

08:45 - 09:00

5. La Violeta

Diagnóstico del síndrome de apnea obstructiva del sueño

Autores: Dr. Alberto Labra Herrera

Dr. Ángel D. Huerta Delgado

Dr. Fermín González Pérez

Dr. Jorge Alanís Calderón

Dr. Rogelio Chavolla Magaña

El síndrome de apnea obstructiva del sueño ha cobrado importancia a escala mundial, sobre todo, porque se le han encontrado asociaciones con enfermedades como la hipertensión arterial sistémica, y con accidentes laborales y automovilísticos. Su diagnóstico certero sigue siendo un reto, al igual que su tratamiento. Se exponen algunos de los fundamentos diagnósticos para este síndrome.

08:45 - 09:00

6. La Esperanza

Taller de Especialidad Afín

09:00 - 09:15

1. El Alto
Utilización del adhesivo tisular a base de
fibrina-papaina en cirugía de oído medio.
Experiencia en el Hospital Juárez de México.
Estudio preliminar

Autores: *Dr. Francisco Javier Saynes Marín*
Dra. Kenia Yanira Baños Hernández

En los últimos años se han hecho varias investigaciones sobre la utilización de adhesivos tisulares en áreas de la medicina. En otorinolaringología los procedimientos otológicos de índole quirúrgica comúnmente implican el uso de biomateriales, que no impliquen rechazo por el receptor o complicaciones posteriores atribuibles a ellos. En México la reparación de perforaciones timpánicas con el uso de adhesivos tisulares sintéticos es controversial por los efectos tóxicos que pueden provocar en el oído medio e interno; y por otro lado, porque que no se cuenta con la suficiente experiencia en el manejo de los adhesivos, así como tampoco la disponibilidad de contar con el adhesivo ideal, es decir, fácil de preparar y aplicar, flexible a cualquier situación quirúrgica, absorbible, sin efectos tóxicos, y finalmente de bajo costo. Se presenta un estudio de investigación y revisión sobre la elaboración de adhesivos tisulares naturales a partir de fibrina y papaina, fabricado con la infraestructura disponible en el Hospital Juárez de México, propia de un hospital de tercer nivel, el cual se diseñó para la reparación de perforaciones timpánicas en consultorio, lo que permitirá en el futuro prepararlo rápidamente y aplicarlo incluso en otros procedimientos quirúrgicos otorinolaringológicos

09:00 - 09:15

2. Angelópolis
Otitis tuberculosa, ¿la patología olvidada?

Autores: *M. en C. Pablo Mendoza Hernández*

La tuberculosis ha tenido un repunte por la proliferación de pacientes en estado de inmunosupresión, ya sea por enfermedades concomitantes y sus respectivos tratamientos y por las condiciones de higiene y salud pública de nuestro país. No se cuenta con datos de la prevalencia de la enfermedad, pero cada día es más frecuente el encontrar pacientes en la consulta privada e institucional. La otitis tuberculosa puede ser primaria o secundaria, y la mayoría de los casos, son producidos por *Mycobacterium tuberculosis*. Por la presentación insidiosa de la patología y los hallazgos a la otoscopia, es difícil realizar el diagnóstico antes de la cirugía. Presentamos tres casos, captados en la CE del Servicio de ORL del Hospital de Especialidades C.M.N. "Manuel Avila Camacho" IMSS Puebla, desde marzo de 1999 a agosto de 2001, de otitis tuberculosa, un escolar de nueve años de edad y dos adultos de 45 y 52 años de edad respectivamente, donde las características fundamentales son la otorrea insidiosa resistente a tratamientos convencionales, mínimo ataque al estado general, la otoscopia con perforación central

moderada, ausencia de cadena oscilar y mucosa pálida. Los hallazgos en la cirugía, son el material caseoso en oído medio y la gran destrucción ósea. En dos pacientes la patología se presentó secundaria a una primoinfección pulmonar y en el tercero, no se logró demostrar la patología pulmonar, sugiriéndose la primoinfección en oído medio. En los tres casos, se realizó mastoidectomía, con timpanoplastia de primera intención. Se comentan los hallazgos de tomografía computada, histopatología y Rx de tórax. Se buscaron contactos familiares con el bacilo y se dio tratamiento antifímico prolongado con recuperación de los tres pacientes. Se expone en imagen tridimensional, los hallazgos del caso más representativo.

09:00 - 09:15

3. La Constancia
Incidencia de carcinoma neuroendócrino

nasal. Hospital Juárez de México

Autores: *Dra. Vivian Marlene Izaguirre García*
Dr. Jorge Amador Aguilar Sánchez
Dr. Francisco Javier Saynes Marín
Dra. Verónica Vázquez Ballesteros
Dra. Kenia Yanira Baños Hernández

Los tumores neuroendócrinos del tracto nasosinusal son extremadamente raros. Los tumores carcinoides de desarrollan de células neuroendócrinas de todo el cuerpo, pero se encuentran predominantemente en el tracto gastrointestinal, bronquios, pulmones y páncreas. Otras localizaciones son extremadamente inusuales, y hay en la literatura reportados 30 casos entre los periodos de 1980 a 1995 de carcinomas neuroendócrinos nasales. El objetivo del presente trabajo es para describir la incidencia de estos tumores en el Servicio de Otorinolaringología del Hospital Juárez de México. Presentamos tres casos de pacientes jóvenes, quienes iniciaron con sintomatología de tipo obstructivo unilateral en región nasal, y dolor centofacial, dos pacientes reportaron epistaxis. El diagnóstico de los tres pacientes se basó en los hallazgos microscópicos. Dos de los pacientes, tienen estudio de inmunohistoquímica, los cuales corroboraron el diagnóstico patológico (aún no obtenemos el resultado de inmunohistoquímica de uno de los pacientes), un paciente actualmente, se encuentra bajo tratamiento de quimioterapia y radioterapia. El resto se encuentra bajo seguimiento.

09:00 - 09:15

4. La Oriental
Rinoplastia sin osteotomías con uso de
microdebridador

Autores: *Dr. Javier Nava López*
Dr. Francisco J. Nava Labastida

Objetivo: realizar cirugía conservadora del dorso nasal, retirando deformidades con el microdebridador, sin necesidad de realizar osteotomías. **Materia y Método:** se sometieron 55 pacientes (40 mujeres - 15 hombres) entre los 16 a 42 años, sin importar rasgos étnicos que presentan

deformidades del dorso óseo a expensas de gibas pequeñas, medianas o callos lateralizados. Una vez expuesto el dorso osteo - cartilagosos, es moldeado con el microdebridador, sin abrir el techo y dejando una superficie lisa, obteniendo resultados funcionales adecuados (corroborado por perfilogramas), así como, estéticos, ya que se utilizan autoinjertos en la punta nasal y músculo perióstico del procesus en el ángulo nasofrontal lo que ayuda a obtener un mejor perfil. Conclusiones: representa una alternativa para el manejo de pequeñas deformidades del dorso nasal, sobre todo en nariz mestiza con huesos nasales pequeños, sin la necesidad de realizar osteotomías y disminuir la presencia de equimosis y recuperación.

09:00 - 09:15

5. La Violeta

Uso de metilprednisolona, nimotop y sulfato de magnesio vía intratimpánica en pacientes con hipoacusia súbita: reporte de 10 casos y revisión de la literatura

Autores: Dr. Felicitos Santos Garza M.E.

Dr. Jorge E. Cruz Ponce

Dra. Elva Karina González Álvarez

El tratamiento intratimpánico, ha demostrado ser un método efectivo, sencillo y seguro para el tratamiento de vértigo, mediante la administración de aminoglucósidos en oído medio, por su difusión vía ventana redonda al oído interno. En el presente estudio prospectivo, de enero a noviembre del 2001, se reportan los resultados en el manejo de hipoacusia súbita en 10 pacientes tratados vía intratimpánica con nimotop, metilprednisolona y sulfato de magnesio, sin producir efectos secundarios, estos medicamentos podrían ser útiles en el tratamiento de patologías como hipoacusia súbita y tinitus, en las cuales no existe un tratamiento totalmente efectivo, ni libre de efectos secundarios, serán necesarios más estudios para determinar las concentraciones óptimas terapéuticas en estas patologías.

09:00 - 09:15

6. La Esperanza

Taller de Especialidad Afin

09:15 - 09:30

1. El Alto

Dos opciones de tratamiento intranasal para fistulas de LCR

Autores: Dr. Mario Vincenzo Aiello Mora

Dr. Rafael Zárate García

Dr. José Luis Vargas Jiménez

Dr. Alfredo Vega Alarcón

La fistula de LCR hacia la cavidad nasal o timpánica, es una patología compleja, que requiere de una evaluación extensa para su adecuado diagnóstico y tratamiento. La fistula indica un defecto intracraneal a nivel de la duramadre y comúnmente localizado en la fosa craneal anterior. En la mayoría de los casos, la fistula de LCR es secundaria a un traumatismo quirúrgico o accidenta. Sin embargo, si no se

encuentra causa alguna, se define como espontánea. En pacientes con fistula que no responden al manejo médico, se recomienda el tratamiento quirúrgico. Tradicionalmente, éste requería de abordajes intra o extracraneales con incisiones externas. Sin embargo, recientemente se ha reportado una tasa de éxito semejante con la reparación endoscópica o microscópica intranasal. El paso más importante y difícil en el manejo de estos pacientes es la localización precisa de la fistula. La cisternotomografía y la cisternorresonancia, son los estudios más específicos para la identificación del área del defecto. Existen múltiples opciones de material para la reparación; entre los más utilizados destacan la fascia muscular, la grasa y el cartilago. La falla repetida del manejo intranasal es indicativa de exploración y tratamiento intracraneal. Se presentan dos casos; el primero de una mujer de 41 años de edad con fistula de LCR al nivel de seno esfenoidal, secundaria a un aracnoidocele selar, manejada con un abordaje transeptoesfenoidal microscópico, el segundo un hombre de 32 años con rinorraquia secundaria a accidente automovilístico, manejado inicialmente con abordajes intracraneales sin mejoría, y posteriormente sometido a reparación endoscópica. Actualmente los dos pacientes se encuentran asintomáticos.

09:15 - 09:30

2. Angelópolis

Revisión de la casuística de papiloma nasal invertido en el Hospital de Especialidades IMSS Puebla (2000 - 2001)

Autores: Dr. Jorge Alvarez Balbás

Dra. Alejandra Ortega Jiménez

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo revisar la experiencia del Hospital de Especialidades del IMSS en Puebla en los últimos 2 años en la patología denominada Papiloma Nasal Invertido. **Material:** Se realizó un estudio retrospectivo con base en los expedientes clínicos de los pacientes con el diagnóstico antes mencionado. **Método:** Estudio retrospectivo para conocer el número de casos y realizar el análisis por cada caso de probable etiología, de modalidad de tratamiento y de evolución clínica. Uno de los casos presentó malignización a carcinoma epidermoide. Se discute la probable etiología y el tratamiento del mismo. **Resultados:** Se encontraron cinco casos, cuatro resolvieron con tratamiento quirúrgico, uno recibió radioterapia encontrando posteriormente carcinoma epidermoide.

09:15 - 09:30

3. La Constancia

Tumor de glomus timpánico, estudio preoperatorio y diagnóstico. Presentación del tratamiento quirúrgico y revisión postoperatoria del paciente

Autores: Dra. Cynthia Mayra

De la Cruz Ruelas

Dr. Salvador Vera Luna

Dr. Alfonso Jaramillo Ledesma

Dr. Alfonso Jaramillo León

Se presenta caso clínico, interesante por tratarse de un tumor de Glomus timpánico, en una paciente del sexo femenino de 63 años de edad, quien cursa con dos años de evolución, con sensación de acúfeno pulsátil en oído izquierdo. Antecedentes de interés: la paciente es asmática y enfisematosa, con tabaquismo positivo desde hace ocho años, con un promedio de 10 cigarrillos por 24 horas, desde la edad 10 años. A la exploración física, presenta una lesión hemorrágica tumoral en la caja y membrana timpánica izquierda, pulsátil, la TAC comparativa de oídos, simple y contrastada, muestran imágenes compatibles con tumoración de partes blandas, ocupativa de caja timpánica izquierda. La audiometría reporta hipoacusia mixta de predominio conductivo, impedancia muestra rigidez del sistema, con ausencia de reflejo ipsi, compliance muy alto. Se somete a video grabación endoscópica asistida, por métodos electrónicos (micrófono y amplificador de sonidos) lográndose demostrar como acúfeno objetivo. Se somete a extirpación de la tumoración mediante mastoidectomía radical y se envía a estudio histopatológico. Se hace revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

09:15 - 09:30

4. La Oriental

Cambios en la calidad de vida en pacientes con ganancia auditiva post-estapedectomía

Autores: Dra. Ma. del Carmen Del Ángel Lara

Los resultados audiológicos en pacientes con Otoesclerosis sometidos a Estapedectomía son bien conocidos. En caso de ganancia auditiva, los pacientes muestran modificaciones en su estilo de vida desde el punto de vista laboral, económico y social. Por lo tanto, se evaluó el cambio en la calidad de vida que tienen los pacientes sometidos a una estapedectomía en el Hospital Juárez de México y con ganancia auditiva postoperatoria, mediante la realización de entrevista previa y posterior a la cirugía. El cambio en la calidad de vida se correlacionó con los resultado audiológicos.

09:15 - 09:30

5. La Violeta

Cáncer de laringe: experiencia de cinco años en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

Autores: Dr. Jesús Gonzalo Dávila Flores

Dr. Jorge E. Cruz Ponce

Dra. Elba Karina González Alvarez

El cáncer de laringe, es una de las neoplasias más frecuentemente diagnosticadas en el Servicio de

Otorinolaringología de Hospitales con Servicios de Salud Pública, generalmente en estadios avanzados de la enfermedad. En el presente estudio retrospectivo, se estudiaron los principales factores de riesgo, grupos de edad, sexo, principales síntomas al momento del diagnóstico, tiempo en que acudieron a solicitar atención médica, estudios clínicos, de laboratorio y radiológicos utilizados. Se agruparon los pacientes en cuanto a la clasificación de TNM, y se realizó un análisis en cuanto a tratamientos utilizados según estadios TNM y sobrevida a cinco años.

09:15 - 09:30

6. La Esperanza

Taller de Especialidad Afin

CONFERENCIAS

09:30 - 10:30

1. El Alto

Anatomía quirúrgica en rinoplastia

Autores: M. Eugene Tardy, Jr., M.D., F.A.C.S.

09:30 - 10:30

2. Angelópolis

Autores: K.J. Lee M.D., F.A.C.S.

09:30 - 10:30

3. La Constancia

Manejo contemporáneo de las neoplasias de parótida

Autores:

09:30 - 10:30

4. La Oriental

Timpanoplastia

Autores: Dr. Marcos Goycolea

09:30 - 10:30

5. La Violeta

Autores: Dr. Antonio De la Cruz

09:30 - 10:30

6. La Esperanza

Especialidades Afines

CURSOS MONOGRÁFICOS

11:00 - 12:00

1. El Alto

Parálisis facial periférica: manejo médico quirúrgico

Autores: Dr. Héctor Rondón Cardoso

Introducción: En la presente ponencia se pretende mostrar la anatomía del nervio facial, vinculándola a las opciones terapéuticas quirúrgicas que pudieran existir. Se hace énfasis en los medios de diagnóstico con que se cuenta, tanto el topodiagnóstico (test de Schimer - test del reflejo estapedial - test de gustometría) así como, las pruebas electrodiagnósticas que de rutina se realizan (electroneuronografía - electromiografía) que llevarán a la opción de conductas terapéuticas una vez realizadas. Se esboza también el tratamiento médico en las parálisis faciales, de acuerdo a su etiología y las conductas quirúrgicas que pudieran realizarse para la solución del problema. Anatomía: Se hace mención del

trayecto anatómico del nervio facial, una vez que sale del tronco cerebral. Se menciona el trayecto intracraneano y su vinculación con el VIII par craneal y se hace mayor énfasis en el trayecto intrapetroso con sus tres segmentos: laberíntico, timpánico y mastoideo, terminando con el trayecto extrapetroso. Todo esto en función de vincularlo con el diagnóstico topográfico y con la opción terapéutica quirúrgica que pudiera brindarse a una parálisis facial. Diagnóstico: Planteamos más allá del diagnóstico clínico, un diagnóstico topográfico, realizándose la prueba de Schimer, para la valoración del nervio petroso superficial mayor. El test del reflejo estapedial que valorará al nervio del músculo del estribo y por último el test de gustometría que nos informará el estado funcional del nervio cuerda del tímpano. Hacemos mención que el diagnóstico topográfico básicamente, nos interesa para el abordaje quirúrgico, en caso de que éste sea necesario, dándole mayor importancia al test de Schimer. Con respecto al electrodiagnóstico, propugnamos la realización de la electroneurografía en los 15 primeros días de producida la parálisis, hecho que nos mostrará las alteraciones porcentualmente comprometidas del VII par. A partir del día 15 a 20 días, utilizamos la electromiografía como test de información de evolución en la parálisis. Tratamiento: en este punto dividiremos la conducta terapéutica en el tratamiento médico de la parálisis facial, donde manejamos la opción de la corticoterapia (prednisona) en dosis decrecientes. Si el caso lo amerita, se plantea el tratamiento quirúrgico, donde se esbozarán las vías de abordaje posibles para llegar al nervio facial (transcanal, transmastoidea, fosa cerebral media, translaberíntica) y las opciones de conducta ante el nervio facial de acuerdo a la patología que lo involucra (sutura término terminal, injerto del nervio facial, re routing, descompresión).

11:00 - 12:00 **2. Angelópolis**
Patología de glándulas salivales

Autores: Dr. Juan Felipe Sánchez Marle

11:00 - 12:00 **3. La Constancia**
LAUP en el tratamiento de las roncopatías crónicas, experiencia y resultados

Autores: Dr. Carlos M. Boccio

11:00 - 12:00 **4. La Oriental**
La estapedectomía segura

Autores: Dr. Luis G. Martín Armendariz

El curso está dirigido al otomolaringólogo general que de forma ocasional realiza cirugía estapedial. Tiene como principal objetivo ayudar al cirujano a elegir adecuadamente a sus pacientes y poder detectar aquellos casos de otosclerosis que pueden presentar mayor problemática durante su manejo quirúrgico. Se hace una revisión de los puntos quirúrgicos más importantes.

11:00 - 12:00

Redacción del escrito médico

Autores: Dr. Germán Fajardo Dolci

La práctica de la medicina se basa en la aplicación de conocimientos científicos adquiridos a través del tiempo. En la actualidad existen diferentes métodos para obtener estos conocimientos. Uno de los quehaceres médicos es también la publicación y presentación de las investigaciones y experiencias que realiza de manera cotidiana, es por ello, indispensable que el médico moderno, posea los conocimientos básicos sobre redacción de artículos científicos. El curso abarca los siguientes tópicos: tipos de publicaciones, componentes básicos del escrito científico, página inicial (conflicto de intereses), resumen, indización, introducción, material y métodos, resultados, discusión, referencias, cuadros, figuras y pies de página, fraudes, proceso de selección de artículos.

11:00 - 12:00

6. La Esperanza
Principios de electronistagmografía para otorrinolaringólogos

Autores: Dr. Bernardo Vera Hernández

La Electronistagmografía (E.N.G.), implica estrictamente el uso de la electroculografía para registrar el nistagmus. Sin embargo, el término actualmente, tiene un significado mucho más complejo e implica una serie de pruebas destinadas a la evaluación de los diferentes sistemas oculomotores y la función vestibulo - ocular, mientras que la electro - oculografía, es la medición de los movimientos oculares, basado en el comportamiento eléctrico del ojo, por tal motivo, estos términos no deben confundirse, ni usarse como sinónimos. El nistagmus, es un movimiento rítmico del ojo, y constituye el dato objetivo del vértigo vestibular, tanto central como periférico, y es mediante la clínica que podemos diferenciar uno de otro. Sin embargo, el uso de la E.N.G. puede ayudarnos a definir la localización y extensión de la lesión basándonos en los cambios presentes en cada una de sus fases. La E.N.G., es también de utilidad en el pronóstico de pacientes con hipoacusia súbita y en la evaluación de pacientes con lesiones retrococleares, entre otras aplicaciones. Existe la falsa creencia de que el E.N.G. es un estudio específico para el vértigo vestibular periférico, y es posible establecer un diagnóstico específico en todos los casos, pero debemos recordar que el E.N.G., no sustituye a la valoración clínica o el interrogatorio completo y que salvo en algunos casos, es un estudio complementario, que si bien, es de indiscutible valor, tiene sus indicaciones limitantes.

12:00 - 13:00

1. El Alto Abscesos de cuello: evaluación, manejo y propuesta de clasificación

Autores: Dr. Jorge Gómez Molina

Dr. Rogelio Chavolla Magaña

Dr. Fernando Rubio Aguirre

Los abscesos cervicales y perifaríngeos son procesos infecciosos agudos con acúmulo de pus que pueden originar abscesos profundos de cuello. Pueden afectar una estructura anatómica específica o desarrollarse dentro de los diferentes espacios cervicales. El absceso periamigdalino es la entidad más frecuente seguida de la afección parafaríngea. Los abscesos retrofaríngeos son menos frecuentes y según la literatura mundial predominan en los niños, sin embargo, en nuestro servicio varía la edad de presentación. Se ha encontrado una gran asociación con procesos odontológicos y manipulaciones dentarias. La alta frecuencia y la morbimortalidad asociada a estas entidades pueden disminuir si se determina el impacto de origen, la localización y características iniciales, el tiempo de evolución al momento del diagnóstico y su asociación con otras patologías. Se revisan 88 pacientes con diagnóstico de absceso cervical tratados en el servicio de ORL y CCC del HGM de diciembre de 1995 a septiembre del 2001. El trabajo se realiza en dos etapas. En la primera se propone un flujograma para la toma de decisiones en el manejo de los abscesos y en la segunda etapa se propone una clasificación pronóstica y de manejo, basada en aspectos clínicos y radiológicos hasta ahora inexistentes. Además, se propone la utilización de drenajes rígidos, reemplazando a los de tipo penrose, así mismo se plantea que en la mayoría de los casos se puede drenar y cerrar sin dejar heridas abiertas, obteniendo mejores resultados estéticos. Se compararon los resultados con la literatura mundial así como la clasificación compuesta.

12:00 - 13:00

2. Angelópolis Hipoacusia súbita

Autores: Dr. Francisco A. Martínez Gallardo

Dr. Bernardo Vera Hernández

La Hipoacusia Súbita, es una entidad sobre la que se conoce poco con profundidad y constituye una verdadera urgencia otológica. Se ha definido convencionalmente a la Hipoacusia Súbita, como la pérdida auditiva de 30 o más decibelios en tres frecuencias audiográficas consecutivas y cuya instalación es menor a tres días, no obstante, algunos pacientes manifiestan pérdida auditiva significativa de rápida evolución que no cumple estrictamente los criterios audiométricos de diagnóstico. Su frecuencia no está bien establecida y han sido muchas las teorías propuestas para su etiología, siendo las más aceptadas: la viral, la vascular, la ruptura de membranas y la autoinmune; si bien no existe evidencia concluyente a favor de alguna de ellas, los

1. El Alto

estudios han permitido establecer criterios terapéuticos basados en investigación básica y clínica. Así mismo, se han identificado factores pronósticos importantes como son: edad avanzada, vértigo e hipoacusia profunda, que ensombrecen el panorama y significan por sí mismos factores asociados con una pobre recuperación, pese a tomar medidas terapéuticas oportunas y adecuadas. El objetivo del presente curso es actualizar al especialista en las bases, valoración, estudios auxiliares y tratamiento del paciente con Hipoacusia Súbita.

12:00 - 13:00

3. La Constancia Imagenología en el paciente con disfonía

Autores: Dra. Sanjuanita Flores

Dr. Fernando Martín B. Dr. Jorge Gómez

El espectro clínico de la disfonía comprende desde las lesiones localizadas en la vía aérea superior o en el trayecto del nervio laríngeo recurrente, incluye la patología del espacio carotídeo y la base de cráneo y concluye en un extremo representado por los trastornos neurológicos que comprometen los núcleos de origen o fascículos del X nervio craneal en el tallo cerebral. Este curso presenta una clasificación de las causas de disfonía que responde esencialmente a la pregunta, dónde está la lesión, de acuerdo al o a los síntomas acompañantes y de esta forma, responde también a las preguntas: qué estudio solicitar y cuál es el método de imagen idóneo en cada caso. Se presentan los sitios de lesión, el tipo de estudio y el diagnóstico diferencial por imagen de las causas de disfonía en cada situación clínica.

12:00 - 13:00

4. La Oriental Diseño de la inmunoterapia basándose en la prueba de titulación del punto óptimo (SET)

Autores: Dr. Jaime López López

Dr. Javier Woo Muñoz

Dra. Mauricette García Herrera

A pesar de los continuos avances en el diagnóstico de alergias respiratorias, mediadas por la inmunoglobulina "E" (IgE), utilizando técnicas In Vitro, el otorrinolaringólogo alergólogo, debe estar familiarizado con los principios y práctica de la prueba de Titulación del Punto Óptimo (SET, según sus siglas en inglés: Skin Endpoint Titration). Aun cuando, para los otorrinolaringólogos en general, el SET, no representa la prueba inicial en el diagnóstico de alergias de las vías respiratorias, el conocimiento de las técnicas de las pruebas cutáneas y sus resultados les permitirán una apropiada interpretación de las pruebas in vitro. Así mismo, se ha demostrado que el SET, es un método eficaz en el diseño y manejo de la Inmunoterapia. La prueba de Titulación del Punto Óptimo (SET), como método para el diseño de la Inmunoterapia y manejo de las alergias de vías respiratorias, ha sido empleado durante los últimos 70 años, y ampliamente usado

por los otorrinolaringólogos desde hace 40 años. La prueba de titulación del Punto Óptimo data desde los años 20s. Hansel empezó a usar extractos antigénicos en diluciones seriadas para pruebas cutáneas, concluyendo que obtenía más información de las pruebas realizadas con soluciones de antígenos a concentraciones seriadas que de las pruebas llevadas a cabo con soluciones de una sola concentración.

12:00 - 13:00 **5. La Violeta**
Tratamiento futuro de la sordera
sensorineural
Autores: Laurence Grobman M.D.

12:00 - 13:00 **6. La Esperanza**
Estudio simplificado del sueño, papel del
otorrinolaringólogo
Autores: Dr. Sergio Esper Dib
Dr. David Mauricio Grossman García
Dr. Genaro Andrew Rodríguez

CONFERENCIA MAGISTRAL

13:30 - 15:00 **1. El Alto**
Dr. Guillermo Hernández Valencia

CLAUSURA

Carteles

Estenosis congénita de CAE selección de candidatos. Técnica quirúrgica y complicaciones

Autores: *Dr. Héctor Aguirre Mariscal
Dra. Yolanda Beatriz Sevilla Delgado
Dra. Nuria Esperanza Boronat Echeverría
Dra. Ma. Teresa Beltrán Perdomo*

Objetivo: revisar los criterios de selección y técnica quirúrgica en pacientes con estenosis congénita de CAE. Material y método: revisión de la literatura y de los casos operados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI. Resultados: la clasificación pronóstica por tomografía de Jahrsdoerfer es de gran utilidad, no sólo para seleccionar a los candidatos ideales, sino para plantearle al paciente y familiares, las expectativas realistas en cuanto a los resultados quirúrgicos. El estudio clínico, la valoración audiológica y el apoyo psicológico, son parte medular del manejo de estos pacientes. Actualmente se han operado 10 casos en nuestro servicio. Se utiliza el abordaje anterior, tomando como referencia la articulación temporomandibular, el área cribosa, la línea temporal superficial y mastoides como referencia para la creación del nuevo conducto. Se coloca injerto libre de piel para cubrir el nuevo CAE y de fascia temporal, como injerto de membrana timpánica. Las complicaciones observadas, han sido reestenosis y lateralización del injerto, ambas en porcentajes de acuerdo con lo reportado en la literatura.

Fistulas de LCR espontáneas en fosa cerebral anterior y media en un adulto

Autores: *Dr. Mario Vincenzo Aiello Mora
Dr. Mario S. Hernández Palestina
Dr. Pelayo Vilar Puig*

En la mayoría de los casos las fistulas de líquido cefalorraquídeo a través del hueso temporal en adultos, son secundarias a un traumatismo directo, un evento quirúrgico o una neoplasia. En caso de no establecerse la etiología, se definen como espontáneas. En cuanto a su localización, existe un consenso en que la fosa cerebral media es la más frecuentemente afectada, particularmente el hueso temporal, seguida de la fosa cerebral anterior y más rara vez la posterior. La posibilidad de que en forma consecutiva se involucren una o más de estas regiones en el mismo paciente es extremadamente rara. Se presenta el caso de una mujer de 51 años de edad con el antecedente de rinorraquia de 2 años de evolución manejada con plastia de piso anterior en dos ocasiones. Cuatro meses después de la última intervención acudió al Servicio de ORL por hipoacusia unilateral. A la exploración física se encontró el tímpano abombado, por lo que se le realizó una miringotomía, obteniéndose LCR. Se muestran los estudios complementarios que nos condujeron al diagnóstico, así como el procedimiento quirúrgico para el tratamiento definitivo.

Pilomatrixoma: reporte de un caso y revisión de la literatura

Autores: *Dr. Mario Vincenzo Aiello Mora
Dra. Nuria Cristina Cardenas Maldonado
Dr. Rafael Antolín Zárate García*

El pilomatrixoma es un tumor benigno de la piel originado en la matriz externa de la raíz del pelo. Frecuentemente involucra la piel de la cabeza, el cuello y las extremidades superiores de niños o adolescentes. Se presenta como una lesión solitaria, firme, bien delimitada en la dermis o en el tejido celular subcutáneo. Histológicamente se compone de dos tipos de células epiteliales, las basófilas y las fantasmas. Conforme la lesión evoluciona, las células basófilas se convierten en células fantasmas y se rodean de depósitos lamelares de calcio. Los diagnósticos diferenciales incluyen quistes sebáceos, quistes dermoides o de inclusión, hematomas calcificados, hemangiomas o ganglios linfáticos. Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino que acudió al Servicio de ORL con aumento de volumen de un cm por un cm a nivel del tercio superior del músculo esternocleidomastoideo derecho. Dicha tumoración fue resecada en su totalidad, obteniéndose el diagnóstico histopatológico de pilomatrixoma.

Hiperplasia obstructiva de amígdala lingual. Presentación de un caso y revisión bibliográfica

Autores: *Dra. Cristina M. Alarcón Romero
Dr. Isaías Cervantes
Dr. Fernando Rubio Aguirre
Dr. Rogelio Chavolla Magaña*

La amígdala lingual es uno de los componentes linfoides del anillo de Waldeyer, localizado en la base de la lengua y no se encuentra encapsulado. Generalmente involuciona con el desarrollo, aunque en ocasiones puede aumentar de tamaño. La condición patológica es la hiperplasia linfocítica reticular compensadora después de adenoamigdalectomía, aunque también se ha observado la hiperplasia papilar y los linfomas de bajo grado asociados a mucosas, cuya evolución es larga e indolente. Otros factores asociados son: alergia, alcoholismo, tabaquismo e infecciones crónicas así como, la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los síntomas son dolor, disfagia, otalgia y sensación de cuerpo extraño en la faringe. Se presenta el caso de un paciente femenino de 45 años que inició en la infancia con adenoamigdalitis crónica hipertrófica, requiriendo adenoamigdalectomía a los 9 años. Posteriormente siguió con cuadros repetitivos de infecciones de vías aéreas superiores, OMC bilateral. A los 25 años se agrega voz en papa caliente y sensación de cuerpo extraño en faringe, insidioso y lentamente progresivo. Somnolencia diurna. A la exploración física se observa aumento de volumen en orofaringe, bilobulada, obstructiva, al igual que en la TC. La paciente no refería ningún otro síntoma a pesar de la gran obstrucción. Se realizó amigdalectomía

lingual con asa fría. El reporte histopatológico fue hiperplasia linforeticular con abundantes linfocitos, negativo para células neoplásicas. Actualmente estable.

Metástasis de hepatocarcinoma en fosa nasal izquierda

Autores: Dr. Jorge F. Alvarez Balbás

Dr. Jorge García Salazar

Dr. Antoni Alameda Chávez

Se presenta el caso de paciente femenino de 69 años de edad con antecedentes de leucemia en una nieta y carcinoma pulmonar en un hermano. La paciente se sabe hipertensa, diabética con retinopatía diabética. Hace 3 años se diagnosticó carcinoma cervicouterino invasor, tratado con radioterapia, actualmente sin actividad tumoral. Inicia su patología con diplopía y epistaxis anterior, agregándose dolor ocular y epifora. A la exploración física exoftalmos izquierdo, epifora, ptosis palpebral izquierdas, nariz con tumor dependiente de etmoides izquierdo, de color rosado, blanda no sangrante. La tomografía demostró opacidad de densidad de tejidos blandos ocupando etmoides izquierdo, con destrucción de lámina papirácea, invadiendo órbita y desplazando el globo ocular hacia afuera, la tumoración se extiende a seno frontal con destrucción de pared posterior, a seno maxilar y fosa nasal del lado izquierdo. La biopsia de la lesión es reportada como metástasis de hepatocarcinoma en espécimen remitido como tumor de fosa nasal izquierda. Se realiza gamagrama hepático y tomografía axial computarizada de abdomen los cuales muestran tumoración en el lóbulo derecho del hígado. Una tele-radiografía de tórax muestra múltiples nodulaciones pequeñas metastásicas en ambos pulmones.

Quiste dentígeno en seno maxilar, reporte de un caso

Autores: Dra. María Silvia Coral Arminio

Barrios Dr. Daniel Jaime Cortés Aceves

Puede encontrarse dientes aberrantes, en la zona del piso nasal o de los senos maxilares. Sin embargo, raramente se deben a un odontoma o a un quiste dentígeno. Presentamos un caso de quiste dentígeno en el seno maxilar, en una paciente femenina de seis años de edad, que acudió al servicio de ORL, Hospital Regional ISSSTE en Puebla, el cual se diagnosticó por estudio de gabinete y se corroboró histológicamente. Se describe la técnica quirúrgica y su evolución al cabo de dos años de seguimiento. Los quistes que más frecuentemente invaden los senos maxilares son los radicales, y pueden originar procesos infecciosos en los senos maxilares. Sin embargo, los quistes dentígenos son poco frecuentes y su invasión a seno maxilar inusual. Su comportamiento clínico silencioso o generar infecciones, incluso fistulas oroantrales, así como, desarrollar ameloblastomas e invadir el maxilar.

Debe hacerse diagnóstico diferencial con los distintos tipos de quistes de los maxilares como: foliculares, etc., su tratamiento es quirúrgico radical para evitar recidivas.

Rinolito gigante

Autores: Dr. Rigoberto Astorga Díaz

Dr. Rigoberto Astorga del Toro

Dr. Luis Calixto Flores

Dr. Eduardo Bracamontes Martínez

Dra. Blanca del Carmen Cruz Torres

Los rinolitos son cuerpos extraños inanimados, que suelen ser introducidos por el paciente comúnmente niños entre 2-7 años de edad. Son concreciones que consisten en sales de calcio y magnesio en la forma de fosfatos, oxalatos, y carbonatos secundarios a incrustaciones intranasales completa o parcial, con reacción inflamatoria crónica. Las sales se cristalizan alrededor de una pieza pequeña de material orgánico o inorgánico y después de varios años pueden alcanzar un gran tamaño. Estos rinolitos se adaptan al interior de las fosas nasales tomando la forma de sus cavidades. Las lesiones tienen un color grisáceo, pardo o amarillo verdoso y producen obstrucción nasal, rinorrea fétida mucopurulenta recurrente a tratamientos con antibióticos y suele haber epistaxis. Se deben diferenciar de osteomas, pólipos calcificados, condrosarcomas y osteosarcomas. Raramente han sido reportados bilateralmente. El tratamiento consiste en removerlos bajo anestesia general y puede ser necesario fragmentarlos antes de removerlos. Reporte del caso: Se trata de paciente femenino de 35 años de edad originario y residente de Ocotlán, Jalisco. Católica, dedicada al hogar que acude por presentar obstrucción nasal derecha de 30 años de evolución y halitosis, cuenta con antecedente de convivencia con animales de granja y domésticos, tabaquismo y alcoholismo positivos. Inicia padecimiento en su infancia con fetidez nasal, obstrucción nasal derecha, siendo manejada como sinusitis crónica. Actualmente obstrucción nasal, secreción de color amarillo fétida en fosa nasal derecha, dolor a la dígito presión en puntos de Highmore, epistaxis ocasional derecha. Se observa a la rinoscopia en FND, cabeza de cornete inferior remodelado por tumoración de aspecto irregular de coloración rosácea y blanquecina que obstruye en su totalidad la fosa. A la endoscopia rígida se observa tumoración de las mismas características, la cual se manipula tocándose pétreo, móvil, con inserción en piso de área II a IV, tomografía de NSP con medio de contraste observando tumoración de densidad cálcica en fosa nasal derecha en área II a IV con remodelación de cornete inferior derecho, seno maxilar derecho con densidad de tejidos blandos. Tratamiento: se reseca y extrae la tumoración por vía endoscópica con manejo de complejo osteomeatal derecho por vía endoscópica y tratamiento médico farmacológico.

Melanoma de cornete inferior**Autores: Dr. Rigoberto Astorga Díaz****Dr. Rigoberto Astorga del Toro****Dr. Eduardo Bracamontes Martínez****Dr. Luis Calixto Flores****Dra. Blanca del Carmen Cruz Torres**

Melanoma nasal y de senos paranasales representa entre el 0.6 a 0.7% de los melanomas en general y 2-10% de los melanomas de cabeza y cuello, predomina entre la 5a y la 8va década de la vida, es más frecuente en caucásicos, la sintomatología más común es epistaxis, obstrucción nasal, dolor y edema facial. El 60% se encuentra en la cavidad nasal, en un 14% aparecen en el cornete inferior, el cuadro clínico es similar a cualquier neoplasia de nariz, el diagnóstico se realiza por histopatología, en un 12% son amelanicos. El tratamiento de elección es quirúrgico aunado a radioterapia o quimioterapia. En este caso se trata de una paciente femenina de 79 años de edad originaria y residente de Ocotlán Jalisco, con antecedente de fractura nasal hace 15 años, requiriendo reducción cerrada, resto de antecedentes sin importancia para el padecimiento, acude por presencia de obstrucción nasal de predominio derecho de 1 año de evolución con rinorrea de coloración hialina y en ocasiones con estrias sanguinolentas persistiendo con esta sintomatología por espacio de 3 meses, a la que se agrega epistaxis anterior en varias ocasiones requiriendo taponamiento nasal en una ocasión, niega pérdida de peso se observa a la exploración física presencia de tumoración a nivel de cornete inferior de lado derecho con zonas de necrosis y pigmentación en piso de fosa nasal, se realiza biopsia excisional de cornete inferior y pared lateral nasal derecha reportando metaplasia escamosa, melanoma nasal. Se trata a la paciente con radioterapia, vigilancia médica, hasta el momento actual sin recidiva.

Neofibromatosis tipo II**Autores: Dra. Irma Azucena Barragán Gómez****Dr. Ramón Hinojosa González Dra. Lourdes****Olivia Vales Hidalgo Dr. Carlo Pane Pianese**

Se le reconoce también como neurofibromatosis central o del acústico bilateral, el cromosoma afectado es el 22, de transmisión autosómica dominante de alta penetrancia y mutación rara. Ocurre en uno de cada 2500 a 3300 nacidos vivos. Los criterios diagnósticos son los siguientes: a) neurinoma bilateral del VIII par. b) un familiar en primer grado con neurofibromatosis tipo II y una tumoración unilateral del VIII par, o dos de las siguientes patologías: neurofibroma, meningioma, glioma, schwannoma y opacidad lenticular subcapsular posterior juvenil. En este trabajo se muestra el caso de un paciente masculino de 21 años de edad, que acude por presentar parálisis facial periférica izquierda y tumoración a nivel de conducto auditivo externo ipsilateral, de color rosado, no pulsátil, blanda que obstruye completamente el conducto. TC e IRM: con imagen

extra axial en fosa temporal izquierda compatible con meningioma. Ocupación de oído izquierdo por tejido inflamatorio acompañado de reacción perióstica y ensanchamiento de hueso temporal adyacente. Oídos internos con presencia de schwannoma del VIII par. Se presentan las imágenes clínicas y radiológicas e histopatológicas.

Tipificación de virus de papiloma humano y apoptosis en papilomatosis respiratoria recurrente y cáncer de laringe**Autores: Dra. Nuria Esperanza Boronat****Echeverría Dr. Héctor Aguirre Mariscal****Dra. Yolanda Beatriz Sevilla Delgado****Dra. Ma. Teresa Beltrán Perdomo**

Objetivo: determinar si los tipos de HVP y el grado de expresión de las proteínas de dos genes involucrados en el proceso apoptótico normal así como, de un marcador de proliferación celular, tienen relación con la agresividad de la papilomatosis respiratoria recurrente, el grado de invasión y diferenciación del carcinoma epidermoide de laringe. Material y método: diseño transversal comparativo. Estratificación inicial en papilomatosis respiratoria agresiva y no agresiva (40 casos en cada grupo), 30 carcinomas epidermoides de laringe comparados con laringes normales obtenidas de autopsias de pacientes fallecidos por otras causas. Se obtienen cortes de parafina de 10 micras para extraer DNA, amplificando al región L1 de HPV para posterior secuenciación. Cortes de 3 micras para realizar inmunohistoquímicas (biotina - estreptavidina - peroxidasa) con anticuerpos primarios específicos contra la proteína de expresión de Bcl - 2 (oncogene), P53 (gen supresor de tumores) y PCNA (antígeno nuclear de proliferación celular). Resultados: Se ha obtenido el DNA, amplificado y secuenciado 17 muestras de biopsias de papilomatosis respiratoria recurrente. Se ha tipificado un HPV tipo 6, siete HPV tipo 11 y cinco HPV tipo 16. Conclusiones (preliminares): las correlaciones entre la secuencia problema y el genoma de la región L1 el HPV han sido del 100%. Hemos encontrado HPV de alto riesgo (16) en muestras de papilomatosis respiratoria recurrente, contrario a lo reportado como más frecuente en la literatura mundial. En las inmunohistoquímicas procesadas, hemos encontrado expresión de la proteína Bcl2, y ausencia de marcaje para P53. Las correlaciones se harán al terminar el trabajo por medio de un análisis multivariado.

Linfoma No Hodgkin nasosinusal y embarazo**Autores: Dra. Nuria Cristina Cárdenas****Maldonado Dr. Mario Aiello Mora****Dr. Mario Hernández Palestina****Dr. León Felipe García Lara**

Los linfomas no Hodgkin son neoplasias que se originan de la transformación maligna de las células linfoides. Los nasosinuales forman entre el 0.17 al 0.5% de los linfomas extranodales. Su incidencia es mayor en adultos entre la quinta y sexta décadas de

la vida siendo raro en la edad reproductiva. Se han reportado únicamente 110 casos, describiendo que la evolución de la neoplasia es rápidamente progresiva y requiere un tratamiento multimodal con quimioterapia. Se presenta el caso de una paciente de 30 años de edad con un padecimiento de 7 meses de evolución caracterizado por obstrucción nasal izquierda, rinorrea purulenta ipsilateral, epistaxis, fiebre y pérdida de peso, encontrando a la exploración física aumento de volumen de consistencia firme, doloroso, en área de proyección de seno maxilar izquierdo, fosa nasal obstruida por abundantes costras mucosas y tejido de granulación, edema periorbitario, además de adenomegalias en nivel I y II del lado izquierdo. Al momento de su ingreso con embarazo de 27.5 semanas de gestación. Se realizó biopsia en consultorio con diagnóstico de linfoma angiocéntrico por lo que se iniciaron inductores de la maduración pulmonar fetal. Se interrumpió el embarazo a las 30 SDG y 5 días después se administró quimioterapia a partir de ciclofosfamida, vincristina, prednisona y arabinósido C. La presencia simultánea de una enfermedad con el embarazo constituye un dilema para el empleo de métodos diagnósticos y terapéuticos por lo que se deben establecer claramente los riesgos y beneficios tanto para la madre como para el producto de la gestación.

Dacriostenosis secundaria a trauma nasal

Autores: *Dra. Nuria Cristina Cárdenas Maldonado*
Dra. Nancy Elizabeth Aguilar Muñoz
Dr. Rafael Antolín Zárate García

La obstrucción del conducto lacrimonasal se presenta ya sea de forma primaria, causada por un proceso fibroinflamatorio idiopático o secundaria debida a procesos intrínsecos o extrínsecos al saco y/o el conducto lacrimonasal como son: enfermedades inflamatorias, neoplásicas, trauma o cirugía. Las fracturas nasoorbitales o las Le Fort II y III pueden afectar el conducto ocasionando obstrucción. Se presenta el caso de una paciente de 11 años de edad, la cual sufrió trauma facial con fractura nasal un año antes de su valoración, presentando epifora constante izquierda, progresando a secreción purulenta y aumento de volumen del canto interno ipsilateral, siendo manejada con antibióticos con poca mejoría llegando a fistulizarse a la piel. Fue valorada por nuestro servicio encontrando la pirámide nasal desviada a la izquierda, dorso deprimido del lado izquierdo con cicatriz en piel, séptum con cresta inferior izquierda. Se diagnosticó, junto con el Servicio de Oftalmología, dacriostenosis y dacriocistitis crónica secundarias a fractura nasal. La tomografía corroboró los hallazgos físicos y la dacriocistografía mostró acúmulo del contraste en el saco lagrimal con obstrucción en conducto lacrimonasal. Se realizó rinoseptoplastia con osteotomías laterales y dacriointubación, con evolución satisfactoria a dos meses del postoperatorio. En el caso de las dacriostenosis

secundarias a trauma, el tratamiento consiste en corregir el defecto aunado a la permeabilización del conducto para garantizar un tratamiento definitivo.

Tumor de cuerpo carotídeo

Autores: *Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña*
Dr. Alberto Labra Herrera
Dr. Fermín Gonzalez Pérez
Dr. Ángel Daniel Huerta Delgado

El tumor de cuerpo carotídeo, también conocido como Glomus carotídeo es una neoplasia benigna que aparece en la región cervical, y que en un porcentaje bajo puede llegar a presentar metástasis. Su localización es muy característica, pues aparece al nivel de la bifurcación carotídea, separando las carótidas interna y externa. Esto hace que su diagnóstico por angiografía sea muy sencillo, aun cuando el diagnóstico clínico de sospecha tiene un amplio grado de certeza. Su tratamiento de elección sigue siendo la cirugía, pues igual que otras masas de cuello, puede llegar a comprimir la vía aérea si crece lo suficiente. Presentamos una revisión de los tumores glómicos carotídeos.

Tratamiento de carcinoma ótico

Autores: *Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña*
Dr. Alberto Labra Herrera
Dr. Fermín Gonzalez Pérez
Dr. Ángel Daniel Huerta Delgado

Diferentes tipos de neoplasias benignas y malignas pueden llegar a afectar las diferentes porciones del oído. Aunque de manera infrecuente; tanto el oído externo, como el oído medio pueden llegar a afectarse por tumores epiteliales, y su tratamiento presenta un verdadero reto. Presentamos el caso de un paciente con carcinoma ótico que fue manejado quirúrgicamente de manera exitosa. Se presenta también una discusión sobre el tema.

Tumor de glándulas salivales del espacio parafaríngeo

Autores: *Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña*
Dr. Alberto Labra Herrera
Dr. Fermín Gonzalez Pérez
Dr. Ángel Daniel Huerta Delgado

El espacio parafaríngeo es una zona que puede presentar patología neoplásica proveniente de distintas estructuras; tanto por su porción preestiloidea, como en la postestiloidea. Debido a su localización; un tumor originado en esta región se puede manifestar por aumentos de volumen, tanto en la mejilla como por desplazamiento de la vía aérea, ya sea clínicamente o por estudios de imagen. Las estructuras más comúnmente involucradas son restos de glándulas salivales menores, la cola de la parótida, y tumores neurogénicos provenientes del décimo par craneal. La manera en que el tumor desplaza a la carótida y la yugular por radiología, brinda una importante ayuda para determinar cual es el origen de la neoplasia. Presentamos el caso de una paciente adolescente, con tumor de esta región, que fue exitosamente tratado mediante cirugía.

**Angiofibroma juvenil nasofaríngeo.
Experiencia en el Hospital General de México,
O.D.**

**Autores: Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla
Magaña Dr. Ángel Daniel Huerta Delgado
Dr. Jorge Alanís Calderón
Dr. Alberto Labra Herrera**

El angiofibroma juvenil nasofaríngeo, es una neoplasia benigna histológicamente, pero que puede llegar a comportarse de una manera muy agresiva. Su presentación en hombres jóvenes, y su tendencia al sangrado le confieren características muy particulares. Existen diversos esquemas para su estadificación, y el más comúnmente utilizado en el Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México, O.D. es el publicado por Chandler en 1984. El tratamiento de elección sigue siendo la cirugía, aunque la radioterapia sigue siendo una alternativa, así como, la quimioterapia y la terapia hormonal. La embolización tumoral nos ha dado buenos resultados al utilizarla preoperatoriamente, disminuyendo de manera sensible el sangrado.

Hallazgos endoscópicos en disfonías

**Autores: Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla
Magaña Dr. Germán Fajardo Dolci
Dr. Ángel Daniel Huerta Delgado
Dr. Jorge Alanís Calderón
Dr. Alberto Labra Herrera**

La disfonía se define como una alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades y variantes. Estas alteraciones pueden ser orgánicas (congénitas o adquiridas, incluyendo las estenosis), o funcionales, como en el caso del síndrome de mal uso y abuso de voz, con o sin lesión (síndromes conversivos, nódulos, etc). La valoración integral siempre es importante, y debe incluir en ella una nasolaringofibroscopia o por lo menos una laringoscopia indirecta; estudios con que se pueden documentar los diferentes tipos de patología encontrada en la laringe.

**Invasión intracaneal del angiofibroma juvenil
nasofaríngeo**

**Autores: Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla
Magaña Dr. Ángel Daniel Huerta Delgado
Dr. Alberto Labra Herrera
Dr. Fermín González Pérez**

El angiofibroma juvenil nasofaríngeo, es un tumor benigno aunque su diseminación puede mostrar un patrón sumamente agresivo. Se origina a nivel del rostrum del esfenoides y marco coanal, no destruye hueso, pero suele erosionarlo, además de que se disemina también por los forámenes naturales. Debido a su lugar de origen, la cavidad craneal puede ser invadida por esta lesión, y de hecho todos los sistemas de estadificación presentan este dato como la mayor extensión. Se presenta la experiencia del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de

México, O.D. en cuanto a pacientes portadores de angiofibroma juvenil nasofaríngeo con extensión intracaneal

Desguante facial, técnica e indicaciones

**Autores: Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla
Magaña Dr. Ángel Huerta Delgado
Dr. Alberto Labra Herrera
Dr. Jorge Alanís Calderón**

El desguante facial, o vía sublabial ampliada es un abordaje muy útil para tratar patología amplia de las estructuras intranasales, e incluso nasofaríngeas, de clivus y fosa pterigomaxilar, ya sea en procesos neoplásicos, infecciosos o traumáticos. Brinda un extraordinario campo quirúrgico inclusive superior a otros abordajes, con la gran ventaja de no dejar cicatrices visibles, y que se puede combinar con otras incisiones para áreas de difícil acceso. Se presentan algunos detalles importantes en su realización.

**Plasmocitoma extramedular de nariz y senos
paranasales**

**Autores: Dra. Beatriz Cuevas Romero
Dra. Verónica Torres Mazón
Dr. Jorge Moisés Hernández
Dr. Rogelio Chavolla Magaña**

Femenino de 55 años de edad, originaria y residente del Edo. de Oaxaca, sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento actual hace 3 años con sintomatología de rinitis alérgica. Hace 3 meses aparece tumoración en fosa nasal derecha, de coloración roja, móvil, no dolorosa, así como, obstrucción nasal de predominio derecho, lentamente progresiva, rinorrea amarillenta en moderada cantidad, no fétida, descarga retranasal. Hace un mes con borramiento del pliegue nasogeniano ipsilateral, así como, aumento de volumen localizado en canto interno derecho y desplazamiento del globo ocular ipsilateral en sentido anterolateral, sin alteraciones visuales, se agrega epistaxis ocasional en moderada cantidad, relacionada con la manipulación de la tumoración, sin afección al estado general. Exploración física: tumoración que ocupa la totalidad de la fosa nasal derecha, de coloración roja, de superficie multilobulada, de consistencia ahulada, móvil, no dependiente de pared lateral ni séptum, fácilmente sangrante a la manipulación, desplaza séptum hacia la izquierda, borramiento del pliegue nasogeniano derecho, aumento de volumen en canto interno de aproximadamente 2X1 cm, no fijo, no doloroso, sin cambios en piel, desplazamiento del globo ocular en sentido anterolateral. Tomografía computada con tumoración que involucra nariz, celdillas etmoidales e invasión intracraneal con diagnóstico sugestivo de estesioblastoma. Biopsia incisional: fibroma nasal. Abordaje por craneotomía bifrontal y desguante facial con resección total. Diagnóstico por inmunohistopatología: plasmocitoma extramedular.

Tumor de nasofaringe. Caso reporte**Autores: Dr. Jesús Gonzalo Dávila Flores****Dr. Jorge E. Cruz Ponce****Dra. Lorena Rangel Valenzuela**

Paciente masculino de 57 años de edad, con carcinoma espinocelular de nasofaringe, moderadamente diferenciado no queratinizado (WHO II) t4N0M0, con historia de un año y medio de evolución con hipoacusia mixta bilateral de predominio izquierdo como síntoma principal, posteriormente, se agregó obstrucción nasal izquierda y epistaxis. Se realizó resección vía transpalatina y disección selectiva de cuello, actualmente con radioterapia con técnica de tres campos para 45 y 50 GY.

Coccidioidomycosis laríngea**Autores: Dr. Rigoberto Díaz Astorga****Dra. Blanca del Carmen Cruz Torres****Dr. Luis Calixto Flores****Dr. Eduardo Bracamontes**

La coccidioidomycosis es una enfermedad del continente americano, endémica del suroeste de los Estados Unidos y del norte de México. El agente etiológico es un hongo saprofito, el *Coccidioides immitis* el cual reside en la tierra del desierto cuya inhalación causa una infección respiratoria que puede ser autolimitada o a través de diseminación hematogena puede afectar casi en cualquier parte del cuerpo principalmente pulmones y rara vez laringe, en forma de tejido de granulación o ulceración pudiendo comprometer la vía aérea. La infección predomina entre los trabajadores del campo de condiciones socioeconómicas escasas, siendo los niños y agentes viajeros los más expuestos. Los síntomas respiratorios son variables y el diagnóstico se efectúa con cuadro clínico, intradermoreacción, serología y búsqueda del hongo en diversos tejidos y productos biológicos. El tratamiento efectivo en enfermedad sistémica es la Anfotericina B intravenosa. Se reporta el caso de paciente masculino de 67 años de edad, originario y residente de Mazatlán, Sinaloa el cual presenta disfonía y pérdida de peso de 8 Kg en un año, con antecedente de tabaquismo 2 cajetillas al día de 52 años de evolución, así como, alcoholismo moderado y convivencia con animales domésticos. Se realizó nasofaringolaringoscopia visualizándose en región glótica aumento de volumen de cuerda vocal derecha así como, tejido de aspecto granulomatoso en comisura anterior por lo que se toman biopsias mediante microlaringoscopia reportando el estudio histopatológico laringitis granulomatosa secundaria a coccidioidomycosis. Se realiza manejo con Anfotericina B.

Rabdomiosarcoma de fosa infratemporal y espacio parafaríngeo derecho**Autores: Dr. Miguel Espinoza Cano****Dr. Jorge Álvarez Balbás****Dr. Jesús Godínez**

Objetivo: presentación de un caso de rabdomiosarcoma de fosa infratemporal y espacio parafaríngeo derecho en un niño de 7 años. **Material y métodos.** Se realizó el estudio en un paciente pediátrico masculino de 7 años de edad. Se le realizaron estudios de laboratorio y gabinete, así como de patología. **Resultado:** este es el caso de un paciente masculino de 7 años sin antecedentes de importancia para su padecimiento, con cuadro de un mes de evolución presentando roncus nocturno, respiración oral, rinorrea hialina anterior, así como, voz nasal y otalgia derecha, sin síntomas de desgaste. A la exploración física se encontró otoscopia normal, nariz: a la rinoscopia anterior séptum y válvulas funcionales no descarga meatal, cornetes en ciclo, no se visualiza tumoración a través de fosas nasales; cavidad oral: se encuentra abombamiento del paladar blando de 10x 8 cm aproximadamente sin cambios en la superficie del paladar, siendo de consistencia dura y adherida a planos profundos, al nivel de región parotídea derecha se encuentra aumento de volumen que se corre hacia región del ángulo de la mandíbula derecha, no hay adenomegalias en cuello. Se realiza resonancia magnética en donde se encuentra tumoración que interesa nasofaringe, fosa infratemporal, espacio parafaríngeo derecho y región parotídea derecha. Se tomó biopsia con trucut reportándose rabdomiosarcoma. **Conclusiones:** se debe recordar que el rabdomiosarcoma en cabeza y cuello es una patología de sintomatología inocua y debe tenerse siempre en cuenta.

Correlación entre escala clinimétrica y hallazgos quirúrgicos en pacientes con otitis media serosa**Autores: Dr. Luis Pedro Fortuny López****Dr. Víctor Román Sánchez Balderas****Dr. Juan José García García**

Se define como otitis media serosa (OMS) a la presencia de secreciones no infecciosas en oído medio. Esta patología ha recibido muchos nombres tales como otitis media secretora, catarral con derrame o mucosa entre otros. Se presenta con mayor frecuencia en la población infantil, con picos de prevalencia entre los 6 y 36 meses y un pico menor entre los 4 y 7 años de edad. La incidencia de la enfermedad tiende a disminuir a medida que aumenta la edad después de los 6 años. Algunos factores de riesgo mayor para adquirir dicha patología son: sexo masculino, raza blanca y origen hispano, grupo socioeconómico bajo, niños que acuden a guarderías o niños que fueron alimentados con biberón. Su etiopatogenia es multifactorial e incluye alergia, disfunción de

trompa de Eustaquio, hipertrofia adenoidea o tumores nasofaríngeos y paladar hendido. El diagnóstico de la OMS se hace por medio de clínica la cual puede ser apoyada con pruebas audiológicas como timpanometría, audiometría, y reflejos estapediales. Pero uno de los principales elementos del diagnóstico de la OMS es la otoscopia. Kempthorne menciona una clasificación clinimétrica basada en las características de la membrana timpánica, para el diagnóstico, la cual puede ser de utilidad para el diagnóstico de la OMS. El objetivo de este estudio es relacionar la escala clinimétrica de Kempthorne, con hallazgos obtenidos durante la miringotomía en pacientes con diagnóstico de OMS. Para ello se tomaron 11 pacientes con diagnóstico de OMS programados, para miringotomía y se les aplicó la escala de Kempthorne (22 oídos). Se les realizó audiometría timpanometría, y reflejos estapediales, se comprobó la presencia de secreciones en oído medio, y las características de ésta. Así mismo se relacionó, la presencia de secreciones en oído medio con los resultados, de las pruebas audiológicas, y se relacionó el puntaje de la clasificación de Kempthorne con la presencia de secreción en oído medio. Obteniendo como resultado que a 11 pacientes se les aplicó escala de Kempthorne, 22 oídos, rango de edades entre 3 y 33 años con promedio de 8 años, a 9 pacientes se le realizaron pruebas cutáneas: 1 positivo, 8 oídos presentaron secreción en oído medio. Por todo lo anterior pudimos concluir lo siguiente: A mayor puntaje de la escala de Kempthorne mayor probabilidad de presentar secreción en oído medio. Las curvas B de Jerger tienden a tener más sensibilidad para la presencia de derrame en oído medio. Los reflejos estapediales están ausentes en OMS. La audiometría no muestra gran diferencia entre paciente con OMS y sin OMS. Con mayor puntaje en la clasificación de Kempthorne mayor es la probabilidad, de que la secreción en oído medio sea mucosa o serosa.

Policondritis recidivante, presentación de un caso

Autores: Dr. Armando Alejandro Galván Aguilera Dr. Jesús Nicolás Albarrán Dr. Juan Gerardo Lazo Sáenz

Policondritis recidivante es una enfermedad rara, alteración multisistémica, caracterizada por una inflamación progresiva y recurrente con degeneración de estructuras cartilaginosas y de tejido conectivo que incluye: nariz, oído, articulaciones y tracto respiratorio. Objetivo: Presentación de un caso. Material y método: Femenino de 38 años de edad, la cual es enviada al servicio de Otorrinolaringología HE Torreón, con diagnóstico de estenosis laríngea, presentando a su ingreso, disfonía progresiva, estridor inspiratorio, accesos de tos, disnea pequeños esfuerzos, se agrega hipoacusia súbita bilateral, disminución de

agudeza visual, exploración física con pabellones auriculares con edema, eritema de hélix, nariz con reabsorción de cartilago (silla de montar), edema al nivel de articulaciones metacarpofalángica, miembros pélvicos con predominio en rodilla con limitación del movimiento. Resultados: Se realiza broncoscopia, reportándose cuerdas vocales edematosas, con tejido de aspecto nacarado, tráquea con lesiones hiperplásicas, tomografía computada de cuello, cortes axiales y coronales reporte con disminución de calibre traqueal y alteraciones a nivel de glotis, fundoscopia, y audiometría. Se realiza traqueotomía. Conclusiones: la incidencia se encuentra en los grupos de edad de 40 a 60 años, afecta ambos sexos. Se ha observado que existe una respuesta autoinmune y su relación con el tejido conectivo. La condritis auricular es el síntoma más común (85%), afección de oído interno por vasculitis, se presenta en un 50% causando acúfeno, hipoacusia y síntomas vestibulares. Aproximadamente un 50% desarrollan escleritis, uveitis y keratitis, así como condritis nasal con deformidad nasal, también se reporta en literatura una poliartritis de articulaciones periféricas y costocartilago (50 a 80%). La incidencia de afección al tracto respiratorio (laríngea, tráquea, bronquio principal) se reporta en un 26% siendo mayor en mujeres. McAdam propone los criterios diagnósticos: 1. condritis auricular bilateral, 2. poliartritis inflamatoria no erosiva, 3. condritis nasal, 4. inflamación ocular, 5. condritis laríngea, traqueal, bronquial, 6. daño coclear y vestibular. Si incluye cuando menos 3 criterios, se establece el diagnóstico. Daminani refiere además que si existe una respuesta favorable al tratamiento y se presentan dos criterios se confirma el diagnóstico.

Manifestaciones de linfoma cutáneo en ORL, reporte de un caso

**Autores: Dr. Juan José García García
Dra. Lisette Cristerna Sánchez
Dr. Víctor Román Sánchez Balderas
Dra. Gabriela Solís López
Dr. E. Vega Memige Dr. A. Mosqueda**

Paciente masculino de 46 años de edad, originario y residente de México DF, campesino, sin antecedentes heredo-familiares de importancia, que habita en vivienda ubicada en medio urbano, con todos los servicios, con datos de hacinamiento y adecuados hábitos higiénico-dietéticos. Tabaquismo negativo, alcoholismo social, inmunizaciones completas. Refiere como antecedentes de importancia sinusitis maxilar izquierda hace 20 años, que requirió tratamiento quirúrgico (Caldwell-luc). Inicia su padecimiento actual hace 8 años con sinusitis frontal crónica complicada con absceso frontal, manejado con drenaje quirúrgico. Dos años después desarrolla múltiples cuadros de dacriocistitis y pansinusitis crónica, manejados con dacriocistorrinostomía (en

2 ocasiones) y cirugía endoscópica funcional hace 5 años, con mejoría parcial. Se concluye el diagnóstico de Rinoscleroma por biopsia, con positividad a la tinción de Whartin-Starry. Hace 2 años presenta un cuadro de celulitis periorbitaria izquierda, que se extendía hasta región malar ipsilateral, sin alteración en movilidad ocular o agudeza visual. Seis meses después desarrolla insuficiencia renal aguda, requiriendo hemodiálisis, con recuperación total subsecuente de la función renal. Se realiza biopsia renal percutánea que reporta la presencia de complejos inmunes observados por inmunofluorescencia. Cabe mencionar que se solicitaron c-ANCAS, anticuerpos antinucleares, complemento sérico, factor reumatoide, proteína C reactiva, PPD, y biopsia de labio, encontrándose dentro de la normalidad. Hace 6 meses debuta con cuadro de sialoadenitis submaxilar izquierda, documentada con BAAF y TC, que se limita con tratamiento antibiótico endovenoso (doble esquema), aunado a la extracción de un molar y premolar inferior izquierdo. Dicho cuadro recidiva tres meses posteriores a su egreso, agregándose al mismo dermatosis diseminada a región malar, maxilar y submaxilar izquierda; caracterizada por pápulas y vesículas eritematosas. Se realiza biopsia de piel en la que se reportaron hallazgos compatibles con paniculitis y vasculitis edematosa y cicatrizal (a descartar micosis fungoides), con inmunohistoquímica positiva para Linfoma de células T. Durante los últimos seis meses de evolución presenta leucopenia a expensas de neutropenia. Los linfomas cutáneos son neoplasias malignas del sistema inmunitario, con datos clínicos e histológicos variados; en la piel se manifiestan por manchas, placas o tumores, y progresión desde enfermedad localizada hacia diseminada, mostrando afinidad por la epidermis. Su etiopatogenia es desconocida; el aumento de la incidencia sugiere factores ambientales de naturaleza química o inmunitaria, aunque la hipótesis más fundamentada es la de origen viral. El diagnóstico se ha basado tradicionalmente en criterios morfológicos e histoquímicos. El tratamiento se basa en la radioterapia, fototerapia y quimioterapia, algunas formas muestran respuesta a PUVA. El linfoma cutáneo de células T diseminado, afecta ganglios linfáticos (47%), Bazo (31%), Hígado (16%), médula ósea, pulmón (40-60%), y hueso (30-40%). Se ha reportado afección a otros sitios como ojo y sus anexos, cavidad oral, tracto respiratorio superior, corazón, tracto gastrointestinal, SNC y periférico. La sobrevida desde la instalación de las lesiones cutáneas es de 8,8 años, la presencia de adenopatías la disminuye a 2,5 años, y a 3 meses cuando existe compromiso del sistema retículoendotelial

Tratamiento endoscópico de la sinusitis micótica maxilar

Autores: *Dr. León Felipe García Lara*
Dr. Alfredo Vega Alarcón
Dr. Roberto Sánchez Larios
Dr. Isaac Armada Vega

Presentamos el caso de una paciente de una mujer de 61 años con dos meses de evolución con obstrucción nasal, rinorrea amarillenta, aumento de volumen en hemicara izquierda con edema bpalpebral y epífora. En la nariz se observa mucosa congestiva con presencia de secreción amarillo-verdosa izquierda, pared lateral desplazada medialmente y discreto aumento de volumen al nivel de región maxilar. La tomografía mostró seno maxilar ocupado por una masa isodensa mal definida, pared lateral nasal no se identifica. Por el tiempo de evolución y el estudio de imagen, se sospechó en una tumoración maligna de seno maxilar. Por lo que se decide tomar biopsia por vía endoscópica, donde al realizar incisión y disección de la pared lateral nasal se identifica proceso uncinado y cornete medio óseo desplazados medialmente por tejido blanco caseoso abundante el cual se reseca completamente. La corroboración histopatológica reporta presencia de *Aspergillus*. La sinusitis micótica crónica (bola de hongos) consiste en un grupo de hifas enmarañadas dentro de los senos paranasales. Ocasiona una opacidad completa de la cavidad sinusal y puede estar asociado con un engrosamiento de las paredes sinusales. La sintomatología presente es indistinguible de una sinusitis crónica, e inclusive pueden cursar asintomáticos y presentarse como hallazgos incidentales. Existe una gran variedad de patógenos principalmente el *Aspergillus*. Usualmente se aprecian hiperdensos en la tomografía computada y contienen calcificaciones en un 25% de los casos. El tratamiento más adecuado consiste en la resección y ventilación de la cavidad.

Estridor y quiste laríngeo

Autores: *Dr. Daniel González Dorantes*
Dra. Ma. del Carmen Medrano Tinoco

Los quistes representan un grupo mixto de lesiones benignas laríngeas que pueden obstruir la vía aérea. Los quistes saculares son primarios (82%) o secundarios (18%). El 58% se originan en el área glótica. Los quistes se dividen en anteriores y laterales. Congénitos o adquiridos, se presentan a cualquier edad. La presentación, suele ser estridor inspiratorio, quejido, dificultad para la deglución, cianosis, retracción xifoidea y tiraje intercostal. La fibrolaringoscopia es utilizada para el diagnóstico y el seguimiento. El diagnóstico definitivo se realiza mediante tomografía computada. Puede necesitarse traqueotomía para control de la vía aérea. Soporte nutricional y marzupialización del quiste. El estridor es un ruido producido por la turbulencia del flujo aéreo dentro de las vías aerodigestivas.

característico de una patología, nunca diagnóstico. La historia perinatal y neonatal es relevante para el diagnóstico. Un niño con estridor, debe ser sometido a un vasto interrogatorio y examen físico exhaustivo. Debe realizarse fibroscopia flexible en todos los casos, descartando lesiones supraglóticas y glóticas. Si no alcanza un diagnóstico claro, se recurrirá a la laringoscopia directa y a la broncoscopia, bajo anestesia general. Se presenta, en forma de cartel; el caso de un paciente femenino de 45 días de vida extrauterina quien acude a Urgencias con antecedente de neumonía y estridor inspiratorios desde el nacimiento, dificultad ventilatoria (Silverman/Anderson de 4 puntos), diagnosticándose por medio de endoscopia y laringoscopia directa la presencia de un quiste laríngeo, el cual es marzupializado en una laringoscopia directa; permitiendo a la paciente mejoría en la calidad de vida.

Presentación atípica de un quiste de conducto tirogloso

Autores: Dr. Ángel Daniel Huerta Delgado

Dr. Alberto Labra Herrera

Dra. Sanjuanita Flores Lima

Dr. Fermín González Pérez

Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña

Los quistes de conducto tirogloso son masas que aparecen en la cara anterior del cuello, y que cuentan como el tumor más frecuente en niños en esta localización. Su presentación clínica es muy clásica, y el diagnóstico suele hacerse tempranamente basados en ésta, aun cuando debe hacerse diagnóstico diferencial con quistes dermoides y linfangiomas, entre otras entidades. Presentamos el caso de una paciente adolescente con un quiste de conducto tirogloso en una localización aberrante, que fue tratado exitosamente mediante resección quirúrgica.

Schwannoma nasal

Autores: Dr. Alberto Labra Herrera Dr. Ángel Daniel Huerta Delgado Dr. Fermín González Pérez Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña Dr. Jorge Alanís Calderón

En la región de la cabeza y el cuello, se pueden encontrar distintos tipos de neoplasias neurogénicas, como los neurofibromas, los quimodectomas y los schwannomas. Estos últimos son lesiones originadas de las células de Schwann, y pueden aparecer tanto de nervios craneales como del plexo simpático. Son masas únicas y encapsuladas, que pueden ser benignas o malignas, y su localizaciones suelen ser el ángulo pontocerebeloso y el espacio carotídeo. Presentamos el caso de una paciente con un schwannoma originado en la nariz, que fue tratado quirúrgicamente.

Mondini asociada a malformaciones de la línea media; reporte de un caso

Autores: Dr. Arturo Ladrón de Guevara Sierra

Dr. Mario Vincenzo Aiello Mora

Dra. Graciela R. Jiménez Ruiz

La malformación del oído interno tipo Mondini, se describe como una cóclea con una vuelta y media, reemplazo de la porción apical, por un saco distal y acueductos vestibulares marcadamente dilatados. Representa una alteración de la embriogénesis del laberinto, el cual se desarrolla del ectodermo superficial (placoda ótica), entre la cuarta y la décima semana de gestación. Esta malformación ocurre cuando se detiene la embriogénesis durante la séptima semana. La alteración tipo Mondini, puede ocurrir en forma uni o bilateral, con o sin alteraciones de otros órganos. La pérdida de la función auditiva puede ser estática o progresiva, y variar desde una audición normal, hasta una hipoacusia profunda. En ocasiones se asocia a síndromes como el de Klippel - Fiel, Pendred, Down, DiGeorge y Charge. Se presenta el caso de una niña de 11 años de edad, con antecedente de comunicación interauricular e interventricular, y persistencia del conducto arterioso, además de malformación anorrectal alta e infecciones de vías urinarias de repetición. Fue referida al servicio de ORL por hipoacusia derecha de varios años de evolución. A la exploración física, la otoscopia es normal en ambos lados. La audiometría tonal reveló una hipoacusia neurosensorial profunda derecha. La tomografía, mostró malformación coclear de tipo Mondini.

Glomus yugular, reporte de un caso

Autores: Dr. Rogelio León Ceceña

Dra. Claudia Carolina Pesantes O.

Dra. María Eugenia Sánchez Martínez

Dr. Alfonso Jaramillo León

Dra. Karla Renata Cárdenas

M. Dra. Marcela Hernández L.

Los tumores glómicos también conocidos como: paragangliomas, paragangliomas no cromafines, quimodectomas; son tumores comprendidos por células quimiorreceptoras paragangliómicas encontradas en los cuerpos glómicos. Pueden provenir de los cuerpos glómicos encontrados en la adventicia del bulbo de la yugular, en el hueso temporal y en la región del nervio de Jacobson o de Arnold en el oído medio, siendo difícil determinar el sitio exacto de origen, estos tumores, debido a la proximidad de las estructuras. Son las neoplasias benignas más comunes de oído medio. En un 37% hay compromiso de los nervios craneales y en un 18% afección intracraneal. Aparecen en todos los grupos etarios. Siendo frecuentes en mujeres (6:1). Los síntomas inician 1 a 3 años antes del diagnóstico; por lo cual, éste depende de su sospecha. La mortalidad varía entre 2 y 22%. Se han comunicado en la literatura casos de conversión a la malignidad, lo que no está bien

demostrado. Alford y Guilford en 1962, clasificaron estos tumores en timpánico y yugular. En 1969 McCabe y Fletcher, los dividieron según el grado de destrucción ósea, causada por el tumor. En 1981, Jenkins y Fisch, volvieron a definir la clasificación de estos tumores basándose en la planificación quirúrgica. Grupo A: tumores de oído medio. Grupo B: tumores en área mastoidea sin extensión infralaberíntica. Grupo C: tumores con extensión hacia área infralaberíntica, y ápex petroso. Grupo D: extensión intracraneal (De: extensión intracraneal extradural, Di: extensión intracraneal intradural). La presentación clínica depende de su extensión, la cual es multidireccional; los pacientes, se presentan con: hipoacusia de conducción o neurosensorial, acúfeno pulsátil unilateral, otorrea, otalgia, otorragia, vértigo, parálisis de nervios craneanos, masa en CAE, masa transtimpánica, paresias de nervios craneales (IX, X, XI y XII). Puede llegar a dar signos y síntomas de tumor encefálico por la diseminación intracraneal. Ante un pólipo, siempre se debe pensar en esta patología. Se presenta el caso de paciente femenina de 33 años de edad, quien ingresa al servicio con cuadro de 8 meses de evolución, caracterizado por otorrea izquierda, acúfeno pulsátil, hipoacusia izquierda de un año de evolución progresiva, así como, vértigo subjetivo; se evidencia a su exploración, en oído izquierdo, ocupación del CAE por tumoración violácea pulsátil, con sangrado intermitente, MT no visible por tumoración ubicada por encima de ella. Se realizan estudios paraclínicos, diagnosticándose Glomus Yugular Izquierdo, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente.

Patología tumoral del ángulo pontocerebeloso y fosa posterior

**Autores: Dra. Adriana López Ugalde
Dra. Cristina Margarita Alarcón Romero
Dr. Ángel D. Huerta Delgado
Dr. Rogelio Marco Antonio Chavolla Magaña
Dr. Israel Chimal**

Cuando hablamos de la patología del ángulo pontocerebeloso o fosa posterior generalmente pensamos en neoplasias de esta región, sin embargo, siendo nuestro hospital uno de concentración, observamos todavía patología infecciosa, pero también enfermedades de la civilización como la vascular. Caso 1: masculino de 47 años con M.N.C. bilateral, con vértigo, ataxia, hipoacusia mixta y cefalea, en quien se diagnosticó Tuberculosis ótica con tuberculomas en el cerebelo y fosa posterior. Caso 2: paciente femenina de 45 años con hipoacusia sensorial, parálisis facial lateropulsión, vértigo y acúfeno. La IRM manifestó un infarto cerebral en el ángulo. Caso 3: femenina de 37 años con vértigo, inestabilidad y acúfeno, la T.C. mostró cisticercosis cerebral.

Laringopiocele mixto (interno y externo)

**Autores: Dr. Carlos López Salazar
Dr. Salvador Vera Luna
Dr. Alfonso Jaramillo León
Dr. Carlo Pedroza Méndez**

Se presenta caso clínico interesante por ser infrecuente de esta enfermedad en mujeres, ya que según la revisión bibliográfica, es más frecuente en varones, ocasionalmente se infectan, y siendo los laringoceles externos los más frecuentes. Se presenta el caso de una paciente femenina de 72 años de edad, bronquítica crónica y tos crónica, con presencia de disfagia alta y presencia de tumoración en la cara lateral del cuello. A la laringoscopia directa, muestra la presencia de prolapso del saco ventricular y a la TAC de cuello, muestra la presencia de lesión de tipo mixto, que es sometida a laringoscopia y punción del saco del cual se obtiene material purulento, y posteriormente se somete a resección de la lesión por el cuello. Se hace una revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

Síndrome de Pierre Robin

**Autores: Dr. Alfredo Mascareño Guel
Dra. Martha Guel Gómez
Dra. Cristina Navarro Meza
Dra. Martha Rodríguez Sahagún
Dr. Víctor Cruz Lucas**

Hija de madre de 34 años con DM tipo 1 y neumonía, un mes y medio antes del parto. Apgar de 6 - 9 y aplicación de cánula de gedell. Glosoptosis, micrognatia, peso de 3,450 Kg., talla 49 cm., PC 33 cm. y dificultad respiratoria. Descrito por R ovni en 1934, Sher y cols. Describen cuatro diferentes tipos de obstrucción de vía aérea, mediante nasofaringoscopia. Herencia autosómica recesiva, aunque a veces se liga al cromosoma X. Micrognatia, produce la fisura palatina (de bordes redondeados), por la presión de la secundaria glosoptosis. Se presenta en 1:30,000 neonatos. Triada característica: micrognatia, glosoptosis y fisura palatina, datos de dificultad respiratoria que aumentan con el decúbito supino. A veces microcefalia y pabellones auriculares displásicos. Tratamiento: es mediante dispositivos de tracción y posición, cánula nasofaríngea, procedimientos de glosopexia, osteogénesis por distracción mandibular, traqueotomía, liberación subperióstica del piso de la boca, hiomandibulopexia.

Otitis tuberculosa, ¿la patología olvidada?

Autores: M. en C. Pablo Mendoza Hernández

La tuberculosis ha tenido un repunte por la proliferación de pacientes en estado de inmunosupresión, ya sea por enfermedades concomitantes y sus respectivos tratamientos y por las condiciones de higiene y salud pública de nuestro país. No se cuenta con datos de la prevalencia de la enfermedad, pero cada día es más frecuente el encontrar pacientes en la consulta

privada e institucional. La otitis tuberculosa puede ser primaria o secundaria, y la mayoría de los casos, son producidos por *Mycobacterium tuberculosis*. Por la presentación insidiosa de la patología y los hallazgos a la otoscopia, es difícil realizar el diagnóstico antes de la cirugía. Presentamos tres casos, captados en la CE del Servicio de ORL del Hospital de Especialidades C.M.N. "Manuel Avila Camacho" IMSS Puebla, desde marzo de 1999 a agosto de 2001, de otitis tuberculosa, un escolar de nueve años de edad y dos adultos de 45 y 52 años de edad respectivamente, donde las características fundamentales son la otorrea insidiosa resistente a tratamientos convencionales, mínimo ataque al estado general, la otoscopia con perforación central moderada, ausencia de cadena oscilar y mucosa pálida. Los hallazgos en la cirugía, son el material caseoso en oído medio y la gran destrucción ósea. En dos pacientes la patología se presentó secundaria a una primoinfección pulmonar y en el tercero, no se logró demostrar la patología pulmonar, sugiriéndose la primoinfección en oído medio. En los tres casos, se realizó mastoidectomía, con timpanoplastia de primera intención. Se comentan los hallazgos de tomografía computada, histopatología y Rx de tórax. Se buscaron contactos familiares con el bacilo y se dio tratamiento antifímico prolongado con recuperación de los tres pacientes. Se expone en imagen tridimensional, los hallazgos del caso más representativo.

Reconstrucción laringotraqueal en una sola etapa con autoinjerto de cartilago. Estudio prospectivo

Autores: M. en C. Pablo Mendoza Hernández

Objetivo: presentar las indicaciones, técnica quirúrgica y resultados de la reconstrucción laringotraqueal, en una sola etapa, en pacientes con estenosis laringotraqueal. El éxito de esta técnica es el mantener una luz laringotraqueal aceptable, sin necesidad de prótesis en esa región. Ha sido ampliamente usada la técnica en niños con excelentes resultados. Diseño del estudio: es un estudio prospectivo, en donde se incluyen cinco pacientes, cuatro adultos y una niña con diagnóstico de estenosis laringotraqueal, captados en la CE del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades C.M.N. "Manuel Avila Camacho" IMSS Puebla, se realizó tomografía lineal de faringe y tráquea, videoendoscopia, para evaluar movilidad de ambas cuerdas vocales y endoscopia para descartar reflujo gastroesofágico, fueron sometidos al procedimiento con autoinjerto de cartilago, ya sea auricular o esternal en un periodo comprendido desde marzo hasta noviembre del 2001. Resultados: la evolución en el postoperatorio inmediato fue sin complicaciones y los pacientes fueron externados dentro de los primeros seis días a su domicilio, no fue posible la decanulación

inmediata, tres pacientes han sido sometidos a evaporación de sinequias con láser de CO2 cada ocho semanas, dejando una luz del 100% y la obturación de la cánula es tolerada al realizar ejercicios por lo que se retira. A un paciente se le dejó una prótesis de silastic con glotis por ocho semanas y se evaporaron sinequias cada dos meses, no siendo posible el retiro de la traqueostomía y un quinto paciente deberá ser reintervenido, ya que nuevamente se ocluyó la subglotis. Conclusiones: la reconstrucción laringotraqueal, en una sola etapa es un procedimiento que nos permite decanular a los pacientes con estenosis laringotraqueal, en un tiempo relativamente corto, con morbimortalidad mínima y resultados satisfactorios a mediano plazo.

Bacteriología de tejido amigdalino en pacientes con hipertrofia y amigdalitis de repetición mediante inmunofluorescencia.

Estudio comparativo

Autores: Dra. Alejandra Ortega Jiménez
Dr. Pablo Mendoza Hernández

Objetivo: la detección y clasificación de la flora bacteriana de tejido amigdalino en pacientes con amigdalitis de repetición y con hipertrofia amigdalina se ha realizado por diversas tinciones, siendo la más común para la detección de bacterias gram positivas o gram negativas. En este estudio realizaremos la clasificación por la técnica de inmunofluorescencia para determinar colonias bacterianas gram positivas o gram negativas. Universo de trabajo: pacientes sometidos a amigdalectomía en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Regional No. 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla, que cumplieran con los criterios diagnósticos de amigdalitis de repetición e hipertrofia amigdalina sin tratamiento con antibiótico en los tres meses previos a la cirugía, y sin padecer enfermedades concomitantes. Se incluyeron 10 pacientes en el grupo de amigdalitis de repetición, 10 pacientes en el grupo de hipertrofia amigdalina y 10 pacientes en el grupo control. Metodología: Se empleó la técnica de inmunofluorescencia que identifica gram positivos de gram negativos y la viabilidad de las bacterias con la ayuda de microscopio de fluorescencia empleando la tinción SYTO 9 y el yoduro de propidio. Se hace una exposición con fotografías.

Malformación vascular oro-cervical. Un reto terapéutico

Autores: Dr. José Manuel Peñaloza González
Dr. Daniel Bross Soriano
Dr. Héctor Manuel Prado Calleros
Dr. Sergio Iván González Olvera
Dr. Luis Alberto Sánchez Marín

Introducción: las lesiones vasculares se clasifican en malformaciones vasculares y hemangiomas. El hemangioma es la neoplasia congénita más

frecuente. Las malformaciones vasculares se separan en dos grupos: de flujo rápido (malformaciones y fistulas arteriovenosas) y de flujo lento (capilar, venosa, linfática). Las malformaciones arterio-venosas se presentan desde el nacimiento, en tejidos blandos, a nivel profundo, pueden ser pulsátiles, y presentar varias características del hemangioma cavernoso (color rojo purpúreo, ulceración, sangrado). Caso: Se presenta el caso de un masculino de 23 años, con sangrados transorales desde 1994 con frecuencia de 4-6 por año, con relación a esfuerzos, en su inicio cedían con medidas físicas (agua fría), actualmente son espontáneos y de difícil control. En la exploración física encontramos una masa roja-violácea en tercio posterior de hemilengua izquierda de aspecto irregular, extendida al espacio sublingual izquierdo, en cuello, aumento de volumen submaxilar izquierdo pulsátil sin cambios. Se le realizó TC contrastada de cabeza y cuello donde se observa una masa hipercaptante a nivel de hemilengua izquierda, piso de la boca y que se extiende hasta espacio submaxilar ipsilateral de un diámetro de 7 x 5 cms. Se le realizó angiografía diagnóstica y terapéutica donde se detectaron dos vasos nutricios de la lesión, con origen en la carótida externa, llevándose a cabo embolización con microesferas de polivinil-alcohol en tres sesiones. El resultado final fue la oclusión completa de uno de los dos vasos nutricios y el otro con una disminución del riego sanguíneo del 75%. El paciente no ha presentado a la fecha nuevos sangrados, habiendo una involución discreta de la lesión; no acepto resección quirúrgica. Discusión: Estas lesiones vasculares de gran tamaño y de alto flujo representan un reto terapéutico, existen varios métodos de tratamiento siendo el quirúrgico el más eficaz, sin embargo, con mortalidad significativa y en algunos casos las secuelas quirúrgicas son mutilantes y con compromiso de la función; es por esto que la embolización representa una alternativa terapéutica de mejor aceptación y de resultados satisfactorios por lo menos a mediano plazo.

Hemangioma epiteloide nasal

Autores: *Dra. Rosa de Lima Salazar Sánchez*

Dra. Ma. del Carmen Medrano Tinoco

Dra. Guadalupe Isabel Montes Dorantes

Objetivo: presentación de un caso clínico de hemangioma epiteloide en nariz en un paciente masculino de 21 días de vida extrauterina, que inicia su padecimiento desde el nacimiento, con tumoración en fosa nasal derecha obstructiva en aproximadamente 70%, de color rojo vivo asociada a epistaxis frecuentes, escasas y de fácil control, la cual presenta crecimiento progresivo hasta ser obstructivo totalmente y con cambio de coloración a rojo violácea, de aproximadamente 1 cm de diámetro, con protrusión por nariz aproximadamente de medio centímetro. El manejo quirúrgicamente se hizo con biopsia excisional, el

reporte histopatológico fue hemangioma epiteloide y hasta el momento con buena evolución clínica y sin presentar recurrencia de la lesión. Además se presenta una revisión bibliográfica de la entidad clínica presentada. Se llegó a la conclusión posterior a la revisión bibliográfica de que trata de un caso clínico interesante por la rareza de la entidad, la región donde se presentó así como, la edad de presentación, motivo por el cual se presenta.

Pasmocitoma extramedular de seno maxilar.

Reporte de un caso

Autores: *Dr. Francisco Sánchez Ortega*

Dra. Lyssette Oserín García

Dra. Marisol Rangel Hernández

Se trata de femenino de 29 años con AHF, APNP, AGO y APP sin importancia para su padecimiento actual, el cual inicia con dolor en árez maxilar izquierda, de ligera intensidad, opresivo, con irradiación hacia oído ipsilateral, cinco meses después se agrega obstrucción nasal unilateral izquierda, constante y permanente todo el día, asociado a rinorrea anterior, unilateral, izquierda, verdosa y fétida; malestar general, astenia adinamia y pérdida ponderal de 6 kg. En 6 meses. Recibe tratamiento para sinusitis con parcial mejoría, por lo que se realiza tomografía computada observando ocupación de seno maxilar izquierdo por hipodensidad de tejidos blandos que protuye hacia fosa nasal izquierda, involucrando cornete inferior ipsilateral, así como lisis ósea de paredes anterior, inferior e interna del seno, así como pared inferointerna de órbita izquierda. A la EF: nariz con pirámide central, dorso regular, cornetes congestivos e hiperémicos con desplazamiento de pared lateral nasal izquierda hacia línea media, obstruyendo 50% de la fosa, consistencia semidura, no sangrante, ligeramente dolorosa, séptum anfractuoso en áreas anteriores, no valorable en áreas posteriores, rinorrea unilateral izquierda, verdosa y fétida. Cavidad oral: con rinorrea posterior verdosa, resto sin alteraciones. Oídos: sin alteraciones. Dolor en área maxilar izquierda a la digitopresión, sin alteraciones en su superficie. Se realiza Cadwll-Luc izquierdo con estudio transoperatorio, reportando carcinoma poco diferenciado y definitivo de plasmocitoma con intensa reacción desmoplástica, siendo sometida a 20 sesiones de radioterapia y realizándose control clínico y tomográfico posterior sin la presencia de recidiva.

Fístula carótico-cavernosa como causa de epistaxis. Reporte de un caso

Autores: *Dr. Francisco Sánchez Ortega*

Dra. Nora Rosas Zúñiga

Dra. Lyssette Oserín García

Se presenta el caso de paciente masculino de 55 años, el cual cuenta con los siguientes antecedentes de importancia AHF: madre y

hermana finadas portadoras de HTAS. APNP: sin importancia para su PA. APP: amigdalectomía a los 25 años. Resección parcial de adenoma hipofisario vía craneotomía bifrontal en 1996, con paresia de VI PC derecho, hemianopsia temporal y disminución de agudeza visual ipsilateral e hipotiroidismo secundario, como secuelas de dicho padecimiento. Abordaje transeptoefenoidal en mayo de 2001 para resección de adenoma hipofisario, sin éxito por hemorragia importante durante dicha intervención. Inicia su padecimiento actual un día previo a su ingreso con epistaxis de inicio súbito, bilateral de aproximadamente 800 ml. en 30 minutos posterior a los cuales dede tras maniobras compresivas, cursando al mismo tiempo con hipotensión arterial y desvanecimiento. A la EF: se encontraba paciente conciente, orientado, bien hidratado y con palidez importante de tegumentos. Nariz con pirámide central, cometas en ciclo, séptum con desviación izquierda II-IV, mucosa hiperémica y con costras hemáticas, sin sangrado activo, oídos y cavidad oral sin datos patológicos. Se realiza arteriografía de troncos supraaórticos, reportando fístula carótido-cavernosa derecha con drenaje a ambas venas oftálmicas, por lo que se programa para embolización con globo a través de catéter, realizando múltiples intentos sin éxito y presentándose deterioro progresivo del paciente, tanto neurológico como hemodinámico, por lo que en un nuevo episodio de epistaxis incoercible se presenta paro cardio-respiratorio, sin lograr revertirlo del mismo.

Tumor de células dendríticas de amígdala.

Presentación de un caso

Autores: Dr. Luis Alberto Sánchez Marín

Dr. Daniel Bross Soriano

Dr. Santiago Jorba Basave,

Dr. Héctor Prado Calleros

Dr. Isaías Esstrada Moscoto

Se trata de un paciente masculino de 48 años de edad, residente del DF, ayudante de albañil. Presentaba antecedentes de alcoholismo y tabaquismo desde la adolescencia. Acudió por aumento de volumen en cuello de 5 meses de evolución acompañado de disfagia y sensación de cuerpo extraño en orofaringe. A la exploración presentaba una tumoración en triángulo carotideo izquierdo y amígdala izquierda aumentada de tamaño de aspecto multilobulado, con secreción blanquecina, y coloración rojiza. Se realizó amigdalectomía, con resultado final de tumor de células dendríticas folicular. Estos tumores se presentan como una masa solitaria que involucran ganglios cervicales, pero pueden encontrarse en cavidad oral, bazo o intestino. Se comportan como tumores de baja malignidad, con capacidad de recurrencia y metástasis a distancia, por lo general diseminan como los sarcomas, más que como linfomas. Son positivos para CD21 y CD35, e inconstantemente positivos para S-100.

Miofibroma juvenil de cuello. Un reto diagnóstico

Autores: Dr. Luis Alberto Sánchez Marín Dr. Héctor Prado Calleros Dr. Daniel Bross Soriano Dr. J. Manuel Peñaloza González

Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino de 14 años de edad, originaria del DF, soltera. Fue sometida a amigdalectomía a los 8 años de edad por dolor crónico en orofaringe y cara lateral izquierda del cuello. Se presentó con aumento de volumen de cuello, que resultó ser un lipoma maduro. 18 meses después de la resección inicial volvió a presentar una tumoración en el mismo sitio previo, pero de consistencia dura, con limitación leve de los movimientos del cuello. Además de una tumoración con reporte histopatológico de miofibroma juvenil, variedad solitario. La fibromatosis consiste en una proliferación fibroblástica de las células músculo –aponeuróticas. 36% de los casos ocurren en cabeza y cuello. Se han asociado a traumatismos, factores endocrinos y genéticos. La piedra angular del tratamiento es la resección quirúrgica, que en ocasiones es difícil de realizar. La tasa de recurrencia en general es de 40%, lo que obliga a una vigilancia estrecha.

Síndrome Brachmann-Lange. Presentación de un caso

Autores: Dr. Víctor Román Sánchez Balderas

Dr. Juan José García García

Dr. Guillermo Kume Tsutsumi

Dr. Ignacio Dorantes Mancebo del Castillo

El síndrome de Cornelia de Lange, fue descrito por la pediatra alemana Cornelia de Lange en 1933, aunque Brachmann en 1916 describió un caso similar en una necropsia, por tal motivo se le debe llamar síndrome Brachmann-de Lange (BDLS por sus siglas en inglés). Se trata de un síndrome relativamente infrecuente con una incidencia estimada de 1 en 50,000 ya hasta 0.5 en 100,000. El BDLS es un síndrome multisistémico asociado con malformaciones congénitas, retardo en el crecimiento y retardo en el neurodesarrollo, el diagnóstico se realiza al nacimiento o en la infancia mediante clínica. Los datos clínicos más característicos son: línea de cabello de implantación baja en el dorso, cejas confluentes, pestañas largas, filtro prominente, labios delgados, ángulo de la comisura bucal hacia abajo, micromelia, microcefalia y dedos cortos, retraso mental leve a moderado. Aunque el patrón de herencia se ha descrito como autosómico dominante, no existe un consenso en el patrón hereditario. Desde el punto de vista Otolaringológico, Sataloff, et. al., describieron las principales manifestaciones clínicas en las cuales fueron además de lo anterior hipoacusia sensorineural en más del 90% de los casos y el 50% de éstos tenían una pérdida severa, retardo en el lenguaje y alteraciones motoras. Reporte de un caso: paciente femenino de cuatro años, originaria

y residente del Distrito Federal, preescolar. Antecedente de enfermedades congénitas negadas. Producto de la gesta IV, embarazo de 34 semanas de duración, complicado por preeclampsia, motivo por el cual se indicó cesárea, con un peso al nacimiento de 2550 grs. Apgar de 7-7. Periodo neonatal complicado con síndrome de distress respiratorio. Varicela a los tres años sin complicaciones. Padecimiento actual: la madre de la paciente, posteriormente la niña estuvo en terapia de rehabilitación como secuela del problema respiratorio. Posteriormente en la escuela la maestra se dio cuenta que ella no escuchaba bien y que tenía dificultad para la comunicación, aunque la madre nunca notó hipoacusia, por lo que es referida a este instituto. Exploración física: se trata de paciente fenotipo femenino con edad aparente menor a la cronológica, con retraso en el crecimiento y desarrollo psicomotor. Microcefalea, micrognatia, implantación baja del cabello, hipertelorismo, cejas pobladas, pestañas largas, filtro grande, labios pequeños. Presencia de cabello en parte posterior de espalda con localización baja. Pabellones auriculares con adecuada posición simétrica y forma. Conductos auditivos externos permeables, membranas timpánicas íntegras con retracción grado 1 en el lado derecho e hiperemia en la zona del mango del martillo y en el lado izquierdo se aprecia opaca. Orofaringe y cavidad oral sin alteraciones, al igual que el cuello con micromelia. Timpanometría con curva tipo B de Jerger, ausencia bilateral de reflejos estapediales, potenciales auditivos evocados mostrando hipoacusia profunda del oído izquierdo con hipoacusia severa y oído derecho con hipoacusia severa. Comentarios: Anteriormente no se consideraba hipoacusia como un dato importante en la presentación clínica de este síndrome, en ésta, la paciente decide consulta por hipoacusia la cual se debe en parte a que presentaba una otitis media serosa y seguramente una hipoacusia neurosensorial, clínicamente sin datos de cardiopatía, pero sí con secuelas complicaciones respiratorias presentes desde el nacimiento, condiciones que finalmente limitan la expectativa de vida de éstos pacientes, es aparente que el daño auditivo que el daño auditivo en el periodo prelingual.

Antroscleroma: rara manifestación de una enfermedad frecuente

**Autores: Dr. Luis Alberto Sánchez Marín
Dr. Héctor Prado Calleros
Dr. Santiago Jorba Basave
Dra. Ana María Cano Valdez**

Se presenta el caso de un paciente masculino de 29 años de edad, originario y residente del Edo. de Guerrero, campesino, con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo de tipo social. Se presentó con cefalea constante a nivel frontal y dolor malar derecho, acompañado de rinorrea

anterior hialina y amarillenta en una ocasión. A la rinoscopia presentaba sólo mucosas hiperémicas y degeneración polipoidea de cornetes inferiores y medios, sin secreciones. La tomografía de senos paranasales demostró una calcificación en el seno maxilar derecho, junto con engrosamiento mucoso importante. Se realizó un abordaje a través de una ventana anterior, obteniendo abundante mucosa engrosada, secreción purulenta y un lito. La tinción con Warthin & Starry reveló bacterias compatibles con *Klebsiella rhinoscleromatis*. El escleroma respiratorio es una enfermedad crónica granulomatosa de la nariz y las vías aéreas altas. La mayoría de los casos afectan a la nariz y nasofaringe, aunque también se pueden afectar los senos paranasales, laringe e incluso las vías aéreas bajas. El término antroscleroma 1 se ha propuesto para describir el escleroma respiratorio que afecta sólo al seno maxilar. Sirve para diferenciar la afección propia del antro maxilar por el escleroma, de los cambios que sufre aquel, cuando el tejido de granulación obstruye su drenaje en el meato medio. El involucro primario del seno maxilar es una entidad rara, mientras que la afección por falta de aereación y/o drenaje es común. En 1956 se reportó el primer caso, y otros tres en 1966 y 1988. También se ha descrito escleroma respiratorio en la trompa de Eustaquio, y traqueobronquial 2.

Lingagioma de glándula parótida en un niño de 15 años. Reporte de un caso

**Autores: Dra. Graciela Sandoval Villicaña
Dr. Fernando Rubio Aguirre
Dr. Jorge F. Moisés Hernández
Dr. Rogelio Chavolla Magaña**

Caso reportado: se trata de paciente masculino de 15 años cuyo padecimiento inició al nacimiento, presentando aumento de volumen en cara lateral derecha de cuello infraauricular, blando, no doloroso, sin cambios en la piel suprayacente, de 1 cm aproximadamente, con aumento de tamaño en las estaciones cálidas hasta 2 cm sin otros cambios en la piel, que remitía espontáneamente. Evolucionó así hasta los 15 años, cuando el aumento de volumen no remitió, extendiéndose hacia las regiones preauricular y retroauricular, de 5 cm. Acude con facultativo quien realiza biopsia por aspiración, con secreción cetrina. 24 horas después aumenta súbitamente de tamaño, siendo violáceo, duro, doloroso, con hipertermia local, por lo que es internado en el servicio, mejorando parcialmente con antibioticoterapia. A la Ef se encontró aumento de volumen en regiones parotídea, retroauricular derechas, remitente, no doloroso, extendiéndose hasta tercio superior de ECM. Tráquea central, sin alteraciones En la TC se encontró una densidad de tejidos blandos, de apariencia quística, ocupando el espacio parotídeo superficial y profundo, hipocaptante, que involucraba tejido graso y muscular adyacente, mal definido. Se realizó una resección, encontrándose tomado el nervio facial

ipsilateral. Recidivó en 6 meses con nueva intervención quirúrgica y con escleroterapia. El linfangioma es una malformación de los linfáticos, por ser congénito se presenta con mayor frecuencia en los niños. Es raro en los adolescentes y adultos. La regresión espontánea es rara y ocurre un crecimiento rápido secundario a infección o trauma. El tratamiento ideal es la resección quirúrgica total, aunque debido a que su presentación es mayor a nivel suprahioides (lengua, piso de la boca, glándulas), éste generalmente no es completo, sin sacrificar vasos o nervios importantes y existe un alto índice de recidivas. El tratamiento alternativo es con radioterapia o escleroterapia, que ha demostrado no ser eficaz en el 100%. El problema con los linfangiomas de cabeza y cuello es que un crecimiento rápido implica obstrucción de la vía aérea, vía digestiva e involucro de estructuras vasculares y nerviosas. El manejo de las recidivas es muy difícil.

Síndrome de Gorlin - Goltz. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Autores: Dra. Graciela Sandoval Villicaña

Dr. Fernando Rubio Aguirre

Dr. Jorge F. Moisés Hernández

Dr. Alberto Caire y Jauregui

Dr. Rogelio Chavolla Magaña

El 1960 Gorlin y Goltz, describieron las características principales del síndrome del nevo de células basales. Este síndrome es una enfermedad multisistémica con un amplio rango de síntomas, que se pueden presentar a cualquier edad. Las características son: anomalías en costillas (bifidas), calcificaciones intracraneales, carcinomas múltiples de células basales, queratoquistes odontogénicos múltiples de mandíbula y maxila, alteraciones neurológicas, y asociación con meduloblastoma, entre otras. Es de herencia autosómica dominante, de penetrancia variable. El gen está localizado en el cromosoma 9q22.2-q31. Los queratoquistes pueden crecer en exceso hasta deformar la cara, e incluso llegar a la base de cráneo. El tratamiento de los queratoquistes en la enucleación y cierre, algunos recomiendan la escisión de la mucosa que recubre y cauterización de la cavidad ósea para prevenir recurrencias. Dichas recurrencias tienen un alto índice y no se puede manejar radiación, ya que favorece la aparición del carcinoma de una manera más agresiva y temprana. El caso que se presenta es un masculino de 16 años, con una historia de pérdida de piezas dentales (molares) espontánea y aparición de lesiones papulares, blanco grisáceas en piel de ambos MP, en brazo derecho y columna nasal de 2 años de evolución. Presentó crecimiento de 6 meses en región maxilar y geniana derechas, duro, indoloro, sin cambios en piel suprayacente, que deformó paulatinamente la cara, negando otra sintomatología. A la Ef se encontró abundantes nevos en cuello, cara, brazos y torso. Se

realizó TC de nariz y senos paranasales, encontrándose una formación quística en el SMD con una pieza dental e su interior, que adelgazó y remodeló las paredes, dehisciente en algunas zonas como la fosa nasal y el paladar, además existen otras lesiones similares pero más pequeñas en la región de incisivos y canino superiores izquierdos y otra en la mandíbula, en región de molares derechos. Se tomó biopsia excisional de un quiste en mandíbula derecha y de 2 lesiones cutáneas, reportándose queratoquiste odontogénico; se tomó biopsia de nevos encontrándose nevo basocelular sin células neoplásicas. Se realizó un desgate facial con vaciamiento de la lesión quística mayor, curetaje y resección de toda la mucosa, dejando drenaje inferior. No se resecó la totalidad del tejido óseo por el alto índice de recidiva. Actualmente el paciente se mantiene estable, sin evidencia de recidiva.

Tinción paratiroidea intraoperatoria. Reintroducción de la técnica

Autores: Dra. Erika Paola Valle Alcantar

Dr. Héctor Prado Calleros

Dr. Marcos Alejandro Jiménez Chobillón

Dr. Perry Mansfield

Dr. Sergio Iván González Olvera

Dr. Gerardo Arturo Bravo Escobar

Introducción: la cirugía parotídea mínima, para lograr la resección adecuada de las lesiones es la parotidectomía superficial, con identificación del nervio facial. El tumor parotídeo más frecuente es el adenoma pleomorfo (80%) con recurrencia de al menos 6% cuando se realiza enucleación, comparada con menos del 1% cuando se realiza parotidectomía superficial. Antecedentes: la tinción parotídea intraoperatoria fue descrita por primera vez en 1966, en 1975 se utilizó para parotidectomías totales y se reportó por última vez en 1977. Descripción de la técnica: en el preoperatorio inmediato se canaliza el conducto de Stenon con un catéter plástico y se instilan 2 cc de azul de metileno al 2.5% sin dilución adicional. Descripción de casos y resultados: se ha realizado hasta la fecha en cuatro casos de pacientes con adenoma pleomorfo parotídeo, uno de estos se presentó en el lóbulo profundo de la parótida y requirió parotidectomía total. Se logró la resección completa sin complicaciones ni recurrencias a la fecha. Discusión: al teñir la glándula se permite la diferenciación entre el tejido parotídeo sano y el resto de los tejidos vecinos, la rápida identificación del nervio facial y del tejido tumoral pues estos no se tiñen. Esto permite reseccionar el tumor con una porción de tejido sano para disminuir las probabilidades de recurrencia. Conclusión: este método es seguro y ayuda a cumplir los objetivos de resección completa con identificación y preservación del nervio facial.

Variante de Dandy Walker. Reporte de un caso

Autores: Dra. Verónica Vázquez Ballesteros

Dra. Kenia Yanira Baños Hernández

Dr. Jorge Aguilar Sánchez

Objetivo: dar a conocer la Variante de Dandy Walker y su coexistencia con otras anomalías craneales congénitas, entre ellas anomalías de hueso temporal que son de interés para el otorrinolaringólogo. **Material y métodos:** Se realiza una revisión de un caso de paciente de 16 años con estudios de imagen e historia clínica. **Resultados:** La variante Dandy Walker es una anomalía de la fosa posterior con agenesia parcial del vérmix del cerebelo. La etiología es heterogénea y el pronóstico es difícil de predecir. Puede acompañar a otras anomalías, como agenesia de vérmix posterior de cerebelo y cuerpo calloso, hamartomas, linfomas de fosa posterior, siringomelia, agenesia de hueso temporal, hidrocefalia, malformaciones de tubo neural; entre las no neurales, anomalías de vértebras lumbares, polidactilia, sindactilia, riñones poliquísticos, cataratas y colobomas. Se trata de la presentación del caso de paciente masculino de 16 años de edad quien consulta por presentar hipoacusia lentamente progresiva de aprox. 10 años de evolución, sin llegar a la anacusia en el momento actual. No refería otra sintomatología. A la exploración física presenta hipoplasia de hueso temporal derecho y atresia de Conducto Auditivo Externo. Se realiza Resonancia Magnética encontrando los siguientes hallazgos: Variante Dandy Walker, Hemiatrofia craneofacial derecha, Agenesia de conducto auditivo derecho. **Conclusiones:** es importante reconocer estas alteraciones en los pacientes que puedan presentar oído congénito, y correlacionar tanto la historia clínica como estudios de imagen

Abordaje endaural. "Una técnica quirúrgica un tanto olvidada"

Autores: Dra. Verónica Vázquez Ballesteros

Dr. Daniel Coscio Salinas

Dra. Kenia Yanira Baños Hernández

Dr. Guillermo Hernández Valencia

Objetivo: dar a conocer a las nuevas generaciones de otorrinolaringólogos la existencia del abordaje endaural, sus indicaciones específicas, ventajas y desventajas para el abordaje del compartimiento timpanomastoideo. **Material y métodos:** Se realiza una revisión retrospectiva documental, bibliográfica e iconográfica del nacimiento, desarrollo y uso del abordaje endaural. **Resultados:** El abordaje endaural nació en el siglo XIX realizando una incisión sobre el cartilago, teniendo la desventaja de producir pericondritis. Fue modificado en el siglo XX con una incisión extracartilaginosa disminuyendo la incidencia de esta complicación. Este abordaje fue utilizado para llegar al compartimiento timpanomastoideo. Es ideal cuando se pretende la realización de una meatoplastia o una canaloplastia y en la remoción

de osteomas y exostosis del conducto auditivo externo (CAE), en perforaciones totales y subtotales de la membrana timpánica y para la revisión del colesteatoma del ático con una adecuada remoción del mismo, pero con la desventaja de no poder tener un acceso a la punta o las partes posteriores de la mastoides, seno lateral y ángulo sinodural. Sin embargo, se ha visto que esta incisión nos proporciona un menor índice de trauma y sangrado transoperatorio y una mejor relación de la aurícula y el canal auditivo externo en el postoperatorio. **Conclusiones:** El abordaje endaural nos brinda una alternativa de tratamiento quirúrgico en aquellos casos en que la patología a tratar sólo requiera de un abordaje hacia la cavidad timpanomastoidea sin extensión posterior, con un menor riesgo de sangrado, trauma y alteraciones anatómicas del CAE.

Esclerosis lateral amiotrófica secundaria a carcinoma nasofaríngeo

Autores: Dra. Verónica Vázquez Ballesteros

Dr. Carlos Flores Carranza

Dra. Kenia Yanira Baños Hernández

Objetivo: presentar el cuadro clínico de una paciente de 64 años, la cual debuta con sintomatología relacionada con esclerosis lateral amiotrófica secundaria a un síndrome paraneoplásico por carcinoma de nasofaringe. **Material y métodos:** paciente que asiste al servicio de otorrinolaringología por disfonía, odinodisfagia, asimetría facial, atrofia asimétrica de lengua, atrofia de músculos de mano, antebrazos, brazos y hombros, la cual dos meses después comienza con sintomatología obstructiva nasal y epistaxis. Se realizaron estudios de imagen, electrofisiología e histopatológicos tomando biopsia de lesión de nasofaringe y diagnosticando carcinoma nasofaríngeo. **Resultados:** el síndrome de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una entidad rara que se presenta después de los 55^a como un proceso degenerativo. Puede presentarse como un síndrome paraneoplásico (SPN) como efecto a distancia (remoto) del cáncer. Hay depoblación neuronal de motoneuronas de la corteza cerebral y del bulbo raquídeo así como segmentos de médula espinal o en todo su trayecto. El cuadro clínico consiste en debilidad a todo tipo de movimiento especialmente los finos, dependiendo las regiones afectadas, comúnmente músculos inervados por bulbo y médula con sus diferentes variedades. Es un síndrome mixto con sintomatología de afección a neurona motora superior e inferior, que puede llegar a la muerte por paro respiratorio. **Conclusiones:** No obstante que la ELA es una entidad poco común como manifestación de SPN, debemos pensar en este último como un diagnóstico probable al enfrentarnos a un paciente con la sintomatología antes expuesta, teniendo en cuenta se puede presentarse antes de que exista manifestación de neoplasia.

Tumor neuroendócrino nasal, presentación de un caso y revisión de la literatura

Autores: *Dra. Verónica Vázquez Ballesteros*
Dr. Francisco Javier Saynes Marín
Dra. Kenia Yanira Baños Hernández
Dr. Jorge Amador Aguilar Sánchez

Presentamos un caso de una paciente de 14 años de edad con tumor neuroendócrino nasal con extensión ganglionar. Debutó con la presencia de masa en cuello de tres meses de evolución y mes y medio después sintomatología nasal del tipo de epistaxis y obstrucción acompañado de cefalea. Los estudios de imagen revelaron la presencia de tumor nasal con extensión a fosa craneal anterior. Los estudios de patología e inmunohistoquímica corroboraron la presencia de tumor neuroendócrino de origen nasal. El tumor neuroendócrino de esta localización, es un tumor raro, habiéndose publicado en la literatura pocos casos cuyo primario sea de origen nasal. El nuestro incluye un estudio histológico donde se observa una neoplasia con un patrón de crecimiento de predominio trabecular, constituida por células cuboidales, ligeramente redondas y ovaladas, de núcleo lateralizado. El estudio inmunohistoquímico reveló un fenotipo con expresión positiva para cromogranina A, Citoqueratinas AE1 / AE3, sinaptofisina y, enolasa neuronal específica. El resultado de estos estudios nos permite advertir en este tumor, una diferenciación neuroendocrina. La paciente es enviada a quimioterapia y radioterapia. Se presenta a continuación el caso manejado en servicio de Otorrinolaringología del Hospital Juárez de México.

Laringocele interno gigante relacionado con polipo fibroepitelial. Reporte de un caso

Autores: *Dr. Jaime Vera Domínguez*
Dr. Adelaido López Chavira
Dr. Guillermo Navarro Santos

Paciente femenina de 55 años de edad la cual presenta padecimiento de un año de evolución con sintomatología predominante por obstrucción de vía aerodigestiva superior provocando inclusive intolerancia al decúbito dorsal. Se realiza diagnóstico clínico, endoscópico, y por imagen (tc) de laringocele interno gigante izquierdo, se decide manejo qco con resección mediante abordaje cervical externo, como hallazgo transoperatorio se encuentra masa sólida en la base de la mucosa hipofaríngea redundante de aspecto sacular, se reseca la totalidad del mismo, se realiza traqueostomía la cual se ocluye al cuarto día del PO sin complicaciones, se corrige la sintomatología de la paciente, el estudio histopatológico reporta pólipo fibroepitelial.

Tumor de glomus timpánico

Autores: *Dr. Salvador Vera Luna*
Dr. Alfonso Jaramillo Ledesma
Dr. Alfonso Jaramillo León
Dra. Cynthia Mayra De la Cruz Ruelas

Se presenta caso clínico, interesante por tratarse de un tumor de Glomus timpánico, en una paciente del sexo femenino de 63 años de edad, quien cursa con dos años de evolución, con sensación de acúfeno pulsátil en oído izquierdo. Antecedentes de interés: la paciente es asmática y enfisematosa, con tabaquismo positivo desde hace ocho años, con un promedio de 10 cigarrillos por 24 horas, desde la edad 10 años. A la exploración física, presenta una lesión hemorrágica tumoral en la caja y membrana timpánica izquierda, pulsátil, la TAC comparativa de oídos, simple y contrastada, muestran imágenes compatibles con tumoración de partes blandas, ocupativa de caja timpánica izquierda. La audiometría reporta hipoacusia mixta de predominio conductivo, impedancia muestra rigidez del sistema, con ausencia de reflejo ipsi, compliance muy alto. Se somete a video grabación endoscópica asistida, por métodos electrónicos (micrófono y amplificador de sonidos) lográndose demostrar como acúfeno objetivo. Se somete a extirpación de la tumoración mediante mastoidectomía radical y se envía a estudio histopatológico. Se hace revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

Erupción dental intranasal, reporte de un caso y revisión de literatura

Autores: *Dr. Javier Woo Muñoz*
Dr. Federico Reinking W.
Dra. Mauricette García Herrera
Dr. Jaime López López
Dra. Esmeralda Quezada M.

La posición ectópica dental es un padecimiento poco común. La presencia de piezas dentales se han reportado en: ovarios, testículos, mediastino anterior y región pre - sacra, en la región maxilofacial, se han encontrado dientes ectópicos en senos maxilares, complejo osteomeatal, intranasal, cóndilo de la mandíbula, proceso coroides, región malar y órbitas. Existen en la literatura alrededor de 50 casos de dientes ectópicos, la sintomatología suele ser según la región afectada, en la región maxilofacial comúnmente encontramos: obstrucción nasal, rinoarrea anterior, fétida y crónica, a veces sensación de cuerpo extraño, epifora y hasta problemas de lenguaje, en ocasiones no presenta sintomatología alguna, el diagnóstico suele ser clínico, apoyado de algunos estudios de gabinete, como la ortopantomografía y la tomografía computada, esto nos sirve principalmente, para establecer el mejor tratamiento y establecer diagnósticos diferenciales. Nosotros presentamos el caso de un paciente del sexo femenino, con presencia de pieza dentaria en fosa nasal derecha, su tratamiento establecido y revisión de la literatura existente.

Multimedia

Pólipo antrocoanal. Actualización 2002

Autores: *Dr. Jorge Glicerio González S.*
Dr. Yazdgard Tomás Barragán Tejeda
Dra. Elena Olivia Del Castillo Gaxiola
Dr. Alfredo Mascareño Guel

El manejo de la poliposis antrocoanal ha variado de múltiples formas conforme han evolucionado los métodos de exploración y el instrumental disponible para su tratamiento. En la actualidad es imposible concebir un solo método para manejo, ya que es necesario individualizar la estrategia de tratamiento. En este trabajo presentamos las opciones disponibles hasta el momento, de las cuales nos podemos auxiliar para beneficio de los pacientes y por medio de esta forma dinámica de presentación.

Patología de nariz y senos paranasales

Autores: *Dr. Germán Fajardo Dolci*
Dr. Javier Rodríguez
Dr. José R. Arrieta Gómez
Dr. Miguel Ángel García García
Dra. Cecilia Gallegos Garza

Se presenta de manera dinámica e interactiva, las principales patologías benignas y malignas de la nariz y senos paranasales, mostrando el cuadro clínico, imágenes tomográficas y laminillas histopatológicas con una amplia descripción de cada una de ellas. El programa incluye además imágenes en video que ilustran de manera adecuada a cada una de las patologías a demostrar.

Abordaje sistemático por imagen de la patología de nariz y senos paranasales

Autores: *Dr. Yazdgard Tomás Barragán Tejeda*
Dr. Eduardo Daniel Sardá Inman
Dr. José Manuel Arias Mora

El avance de la imagenología hasta nuestros días, nos ha brindado una gran cantidad de elementos para el diagnóstico. Muchos médicos consideran difícil el encontrar un signo consistente en imagen de nariz y senos paranasales, además que los textos están estructurados para encontrar la patología y no los signos relacionados con ésta. El presente trabajo pretende mostrar una forma de lograr un abordaje sistemático en el caso de cualquier patología de esta área, mediante estudios de imagen aprovechando las ventajas del sistema multimedia.

Un recorrido por la nariz y los senos paranasales (radiología e imagen)

Autores: *Dr. Fernando Martín B.*
Dra. Sanjuanita Flores
Dr. Oscar Quiróz
Dr. José Luis Ramírez Arias
Dr. Jamil Abbud

Se propone un análisis de estas áreas anatómicas cuyas variantes tan frecuentes suelen predisponer

a la enfermedad, a través de imágenes sobretodo de tomografía computada y las diferentes reconstrucciones que los equipos actuales permiten y que ayudan a una mejor comprensión de los hallazgos de la endoscopia. También se presenta la patología rinosinusal más frecuente. Todo esto en un ambiente de interactividad que facilita el aprendizaje y la educación continua.

Variaciones anatómicas del complejo osteomeatal

Autores: *Dr. Arnulfo Cornejo Suárez*
Dra. Claudia Carolina Pesantes O.
Dra. María Eugenia Sánchez Martínez
Dra. Karla Renata Cárdenas M.

Plasmocitoma extramedular de nariz y senos paranasales

Autores: *Dr. Mauricio Morales Cadena*
Dr. Rafael García Palmer
Dra. Cynthia Claudia Curiel Ascencio

Se presentarán dos casos de plasmocitoma extramedular, uno en fosa nasal y otra en senos paranasales atendidos en el Hospital Español de México, los cuales se manejaron con resección quirúrgica, confirmando diagnóstico por estudios histopatológicos y de inmunohistoquímica. Se describen datos demográficos de ambos pacientes, incluyendo antecedentes de importancia para el padecimiento, cuadro clínico y manejo. Se lleva a cabo una revisión de la literatura, acerca del plasmocitoma extramedular, debido a que es una neoplasia poco frecuente y que la mayoría de las veces, se localiza en cabeza y cuello. Se analizan las características más importantes de este padecimiento, así como, datos epidemiológicos, y se enfatiza en el abordaje clínico, diagnóstico, manejo y seguimiento de los pacientes en los que confirma la neoplasia. Es de gran importancia llevar un seguimiento de los pacientes para descartar enfermedad diseminada o mieloma múltiple, y esto se logra mediante estudios de laboratorio y gabinete, como proteína de Vence - Jones, series óseas, para detectar lesiones líticas entre otros. Se concluye que aunque es una neoplasia poco común, es importante considerarla al enfrentarnos ante un caso de neoplasia de nariz y senos paranasales.

Revisión bibliográfica y presentación de un caso clínico en tumor de glomus timpánico

Autores: *Dr. Alfonso Jaramillo Ledesma*
Dr. Salvador Vera Luna
Dr. Alfonso Jaramillo León
Dra. Cynthia Mayra De la Cruz Ruelas

Se presenta caso clínico, interesante por tratarse de un tumor de Glomus timpánico, en una paciente del sexo femenino de 63 años de edad,

quien cursa con dos años de evolución, con sensación de acúfeno pulsátil en oído izquierdo. Antecedentes de interés: la paciente es asmática y enfisematosa, con tabaquismo positivo desde hace ocho años, con un promedio de 10 cigarrillos por 24 horas, desde la edad 10 años. A la exploración física, presenta una lesión hemorrágica tumoral en la caja y membrana timpánica izquierda, pulsátil, la TAC comparativa de oídos, simple y contrastada, muestran imágenes compatibles con tumoración de partes blandas, ocupativa de caja timpánica izquierda. La audiometría reporta hipoacusia mixta de predominio conductivo, impedancia muestra rigidez del sistema, con ausencia de reflejo ipsi, compliance muy alto. Se somete a video grabación endoscópica asistida, por métodos electrónicos (micrófono y amplificador de sonidos) lográndose demostrar como acúfeno objetivo. Se somete a extirpación de la tumoración mediante mastoidectomía radical y se envía a estudio histopatológico. Se hace revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

Revisión bibliográfica y presentación de un caso clínico en paciente con laringopiocele mixto (interno y externo)

Autores: Dr. Carlos López Salazar

Dr. Salvador Vera Luna

Dr. Alfonso Jaramillo León

Dr. Carlo Pedroza Méndez

Se presenta caso clínico interesante por ser infrecuente de esta enfermedad en mujeres, ya que según la revisión bibliográfica, es más frecuente en varones, ocasionalmente se infectan, y siendo los laringoceles externos los más frecuentes. Se presenta el caso de una paciente femenina de 72 años de edad, bronquítica crónica y tos crónica, con presencia de disfagia alta y presencia de tumoración en la cara lateral del cuello. A la laringoscopia directa, muestra la presencia de prolapso del saco ventricular y a la TAC de cuello, muestra la presencia de lesión de tipo mixto, que es sometida a laringoscopia y punción del saco del cual se obtiene material purulento, y posteriormente se somete a resección de la lesión por el cuello. Se hace una revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

Cambios en la calidad de vida en pacientes con ganancia auditiva post-estapedectomía

Autores: Dra. Ma. del Carmen Del Ángel Lara

Los resultados audiológicos en pacientes con Otoesclerosis sometidos a Estapedectomía son bien conocidos. En caso de ganancia auditiva, los pacientes muestran modificaciones en su estilo de vida desde el punto de vista laboral, económico y social. Por lo tanto, se evaluó el

cambio en la calidad de vida que tienen los pacientes sometidos a una estapedectomía en el Hospital Juárez de México y con ganancia auditiva postoperatoria, mediante la realización de entrevista previa y posterior a la cirugía. El cambio en la calidad de vida se correlacionó con los resultado audiológicos.

Videocintas

Petrosectomía combinada con otros abordajes en tumores de ángulo pontocerebeloso

**Autores: Dr. José Juan Narváez Huerta
Dr. Carlo Pane Pianese**

Los tumores del ángulo pontocerebeloso son causa frecuente de hipoacusia, vértigo y acúfeno y en algunos casos de parálisis facial, siendo más frecuentes los meningiomas y schwannomas vestibulares. En nuestra población dichos tumores son de gran tamaño, de ahí la importancia de utilizar abordajes combinados para una resección completa con preservación de estructuras neurovasculares.

Objetivo: Mostrar en video la técnica quirúrgica, del abordaje de petrosectomía retrolaberíntica, combinado con fosa media y suboccipital, con técnica osteoplástica, con la finalidad de evitar defectos cosméticos craneanos, siendo un abordaje tan extenso.

Evolución de la imagenología en la Otorrinolaringología

**Autores: Dr. José Manuel Arias Mora
Dr. Eduardo Daniel Sardá Inman
Dr. Yazdgard Tomás Barragán Tejeda**

La imagenología puede describirse como una ciencia auxiliar en el área de cabeza y cuello que en los años más recientes se ha desarrollado enormemente, ofreciendo un recurso importante para confirmar o modificar el diagnóstico clínico. En el siglo XXI, resulta indispensable en algunos casos, para el otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, el contar con imágenes que nos identifiquen los límites de la lesión, las áreas implicadas y los factores pronósticos y de manera muy importante la elaboración del plan quirúrgico sobre la imagen. Presentamos en video, el desarrollo de la imagenología, los fundamentos y avances logrados en el área de cabeza y cuello, la utilidad de las imágenes y las implicaciones con la clínica en la actualidad con una visión hacia el futuro.

Reconstrucción de la cadena oscilar en la cirugía de la otitis media crónica

**Autores: Dr. Antonio Herrera Ortíz
Dr. José Manuel Arias Mora**

En la actualidad se utilizan varios materiales para realizar una reconstrucción de la cadena oscilar en un intento por conservar o mejorar la transmisión del sonido. No obstante el tejido óseo es el que ha tenido mejor aceptación, debido a su disponibilidad y compatibilidad. Presentamos en video una demostración y la explicación correspondiente de cómo realizar la reconstrucción oscilar con tejido autólogo durante la cirugía del paciente con otitis media crónica. Identificando los componentes anatómo-quirúrgicos del procedimiento, así como los pasos secuenciados.

Extirpación quirúrgica de tumor de glomus timpánico

**Autores: Dr. Salvador Vera Luna
Dr. Alfonso Jaramillo Ledesma
Dr. Alfonso Jaramillo León
Dra. Cynthia Mayra De la Cruz Ruelas**

Se presenta caso clínico, interesante por tratarse de un tumor de Glomus timpánico, en una paciente del sexo femenino de 63 años de edad, quien cursa con dos años de evolución, con sensación de acúfeno pulsátil en oído izquierdo. Antecedentes de interés: la paciente es asmática y enfisematosa, con tabaquismo positivo desde hace ocho años, con un promedio de 10 cigarrillos por 24 horas, desde la edad 10 años. A la exploración física, presenta una lesión hemorrágica tumoral en la caja y membrana timpánica izquierda, pulsátil, la TAC comparativa de oídos, simple y contrastada, muestran imágenes compatibles con tumoración de partes blandas, ocupativa de caja timpánica izquierda. La audiometría reporta hipoacusia mixta de predominio conductivo, impedancia muestra rigidez del sistema, con ausencia de reflejo ipsi, compliance muy alto. Se somete a video grabación endoscópica asistida, por métodos electrónicos (micrófono y amplificador de sonidos) lográndose demostrar como acúfeno objetivo. Se somete a extirpación de la tumoración mediante mastoidectomía radical y se envía a estudio histopatológico. Se hace revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

Extirpación quirúrgica de laringopiocele mixto (interno y externo)

**Autores: Dr. Salvador Vera Luna
Dr. Carlos López Salazar
Dr. Carlo Pedroza Méndez
Dr. Alfonso Jaramillo León**

Se presenta caso clínico interesante por ser infrecuente de esta enfermedad en mujeres, ya que según la revisión bibliográfica, es más frecuente en varones, ocasionalmente se infectan, y siendo los laringoceles externos los más frecuentes. Se presenta el caso de una paciente femenina de 72 años de edad, bronquítica crónica y tos crónica, con presencia de disfagia alta y presencia de tumoración en la cara lateral del cuello. A la laringoscopia directa, muestra la presencia de prolapso del saco ventricular y a la TAC de cuello, muestra la presencia de lesión de tipo mixto, que es sometida a laringoscopia y punción del saco del cual se obtiene material purulento, y posteriormente se somete a resección de la lesión por el cuello. Se hace una revisión bibliográfica. Se muestra video de la cirugía.

Información para prescribir

Clarityne[®]
LORATADINA

Clarityne-D
Loratadina + Pseudoefedrina

Rinelon
Mometasona

NOMBRE COMERCIAL Y GENÉRICO:

CLARITYNE®

(Loratadina)

TABLETAS, JARABE Y SOLUCIÓN

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada TABLETA contiene:

Loratadina	10 mg
Excipiente c.b.p.	1 tableta

Cada 5 ml de JARABE contienen:

Loratadina	5 mg
Vehículo c.b.p.	5 ml

Cada ml de SOLUCIÓN contiene:

Loratadina	1 mg
Vehículo c.b.p.	1 ml

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Antihistamínico.

CLARITYNE® Tabletas, Jarabe y Solución, están indicados para el alivio de los síntomas asociados con rinitis alérgica, como estornudos, rinoresaca y lagrimeo.

CLARITYNE® Tabletas, Jarabe y Solución, también están indicados para el alivio de los síntomas y signos de urticaria crónica y otras afecciones dermatológicas alérgicas.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA EN HUMANOS: La loratadina es un medicamento antihistamínico tríciclico potente, de acción prolongada, con actividad como antagonista selectivo de los receptores H₁ periféricos. Se absorbe por completo después de ser administrada por vía oral. La vida media de eliminación del plasma es de 9 horas. Sin embargo, su efecto antihistamínico persiste durante 24 horas. El inicio de acción es muy temprano estimándose en 30 minutos aproximadamente. Posteriormente se metaboliza extensamente en el hígado y se excreta a través de la orina en un 40% y en las heces en un 41% en un período máximo de 10 días. Aproximadamente el 27% de la dosis se elimina por la orina en las primeras 24 horas. La loratadina se une a las proteínas plasmáticas en un alto porcentaje (97 a 99%). En pacientes geriátricos (66 a 78 años de edad), los niveles máximos en plasma de loratadina son aproximadamente 50% mayores que en pacientes jóvenes. En pacientes con insuficiencia renal crónica (depuración de creatinina \leq 30 ml/min) aumenta en un 75% y un 120% el metabolito en los niveles plasmáticos máximos en relación con pacientes con una función renal normal. En pacientes con insuficiencia hepática la eliminación de loratadina y su metabolito son de 24 y 37 horas respectivamente, incrementando el tiempo, según la gravedad de la insuficiencia hepática.

CONTRAINDICACIONES: CLARITYNE® Tabletas, Jarabe y Solución, están contraindicados en pacientes que han demostrado hipersensibilidad o idiosincrasia al principio activo, a los componentes de las fórmulas, o a otros medicamentos de estructura química similar, embarazo, lactancia y en niños menores de 1 año.

PRECAUCIONES GENERALES: Aún no se han establecido la seguridad y eficacia de CLARITYNE® Tabletas, Jarabe y Solución en niños menores de un año. Sin embargo, después de la administración de 2.5 ml (2.5 mg) de CLARITYNE Jarabe, la actividad farmacocinética de loratadina en niños de 1 a 2 años de edad es similar a la de niños mayores y adultos. A los pacientes con insuficiencia hepática grave se debe administrar inicialmente una dosis menor, ya que estos pacientes pueden tener una depuración más lenta del medicamento; la dosis inicial recomendada es de 5 mg una vez al día, o 10 mg en días alternos.

USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se ha establecido si la administración de CLARITYNE® Tabletas, Jarabe y Solución puede representar alguna alteración durante el embarazo. Por lo tanto, el medicamento debe utilizarse solamente si el beneficio potencial para la madre justifica el riesgo potencial para el feto. Se ha establecido que la loratadina se excreta en la leche humana debido al riesgo potencial que representa la administración de antihistamínicos para los lactantes, particularmente recién nacidos y bebés prematuros, se debe decidir acerca de suspender la lactancia o suspender la administración del medicamento. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** La incidencia de efectos adversos informados más frecuentemente incluyen fatiga, cefalea, somnolencia, boca seca, náusea, gastritis, erupción cutánea. En raras ocasiones durante la comercialización de CLARITYNE® se han informado casos de alopecia, anafilaxia, alteraciones hepáticas.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: Se ha reportado un incremento en las concentraciones plasmáticas de loratadina después de la administración concomitante de ketoconazol, eritromicina o cimetidina en estudios clínicos controlados, pero no se han observado cambios clínicamente significativos (incluyendo electrocardiográficos). Cuando se administra con otros medicamentos en los que se conoce que inhiben el metabolismo hepático, se debe administrar con precaución hasta que se completen los estudios de interacción definitivos. En pruebas de desempeño psicomotor, la loratadina no tiene efectos de potenciación cuando se administra con alcohol.

ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO: El tratamiento con CLARITYNE® Tabletas, Jarabe y Solución, debe suspenderse aproximadamente 48 horas antes de efectuar cualquier tipo de prueba cutánea, ya que los antihistamínicos pueden impedir o disminuir las reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica.

PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE LA CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Se realizaron estudios de teratología en diferentes especies animales que demostraron

que el producto no es teratogénico cuando se administró por vía oral durante el período de organogénesis. El curso del embarazo o la viabilidad embrionaria y fetal en las ratas no se afectó en dosis hasta de 150 mg/kg/día (30 veces la dosis clínica propuesta), y en el caso de conejos, el comportamiento fue igual para los parámetros evaluados administrando dosis de hasta 120 mg/kg/día.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Oral. Adultos y niños mayores de 12 años de edad: 1 tableta de CLARITYNE® (10 mg) una vez al día. Dos cucharaditas (10 ml) de CLARITYNE® una vez al día. Niños de 2 a 12 años de edad: Peso corporal > 30 kg = 10 ml (10 mg), (dos cucharaditas), de CLARITYNE® Jarabe una vez al día. Peso corporal \leq 30 kg = 5 ml (5 mg), (una cucharadita), de CLARITYNE® Jarabe una vez al día. Niños de 1 a 2 años de edad: Media cucharadita 2.5 ml (2.5 mg) de CLARITYNE® Solución, una vez al día.

SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL, MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): En casos de sobredosis se han reportado: somnolencia, taquicardia y cefalea. Una sola ingestión de 160 mg no produjo efectos adversos. El tratamiento que debe iniciarse inmediatamente es sintomático y coadyuvante.

Tratamiento: Debe inducirse el vómito aún si ha ocurrido emesis espontáneamente. El vómito inducido farmacológicamente por administración de jarabe de ipecacuana, es el método preferido. Sin embargo, no se debe inducir el vómito en pacientes con alteraciones del estado de despierto. La acción de la ipecacuana se facilita por la actividad física y por la administración de 240 a 360 mililitros de agua. Si no ocurre emesis dentro de los 15 minutos de haberse administrado ipecacuana, debe repetirse la dosis. Deben tomarse precauciones para evitar la broncoaspiración, especialmente en los niños. Después de la emesis, debe tratarse de absorber cualquier resto de medicamento que quede en el estómago administrando carbón activado en forma de suspensión espesa en agua. Si no se puede inducir el vómito, o está contraindicado, se debe efectuar lavado gástrico. La solución salina fisiológica es el vehículo de elección para el lavado gástrico, especialmente en niños. En adultos puede usarse agua corriente; sin embargo, antes de proceder a la siguiente instilación debe extraerse el mayor volumen posible de líquido administrado previamente. Los cátericos salinos atraen agua dentro del intestino por ósmosis y, por lo tanto, pueden ser valiosos por su rápida acción diluyente del contenido intestinal. La loratadina no se depura por hemodialisis en grado alguno apreciable después de administrar tratamiento de urgencia, se debe mantener al paciente bajo vigilancia médica.

PRESENTACIONES: Tabletas: Caja con 10 y 20 tabletas en envase de burbuja. Jarabe: Caja con un frasco con 60 ml. Solución: Caja con un frasco de vidrio amber o PET con 15 y 30 ml.

RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:

Conservarse a temperatura ambiente a no más de 30°C y en lugar seco.

LEYENDAS DE PROTECCIÓN:

Este medicamento contiene un antihistamínico. No debe administrarse durante el embarazo y la lactancia, ni en niños menores de 1 año. No exceder las dosis recomendadas. Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. El jarabe contiene 60% de azúcar. Si requiere mayor información solicítela a la Dirección Médica al 5728-4422.

NOMBRE DEL LABORATORIO Y DIRECCIÓN:

SCHERING-PLOUGH, S.A. DE C.V.

Av. 16 de Septiembre No. 301, Col. Xaltocan, México, D.F., 16090, México

NÚMERO DE REGISTRO DEL MEDICAMENTO Y CÓDIGO INTERNO DEL

LABORATORIO PARA PUBLICIDAD DEL IPP:

Regs. Nos. 045M88, 001M89 y 309M94 SSA

CLAVES IPP-A: EEAR-203359/RM2001, EEAR-203363/RM2001 y

EEAR-203348/RM2001 SSA. Marca Registrada.

Referencias: 1. IPP2. Eugene Monroe. Loratadine in chronic urticaria and atopic skin conditions. Advances in therapy 3. James Dar. Pros and cons of the use of antihistamines in managing allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol 1999; 103:S395-9. 4. Alberto Papi, Nikolaos G. Papadopoulos, Luminita A. Stanciu, Klaus Degitz, Stephen T. Holgate, Sebastian I. Johnston. Mechanisms of allergy: Effect of desloratadine and loratadine on rhinovirus-induced intercellular adhesion molecule 1 upregulation and promoter activation in respiratory epithelial cells. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 108. 2. August 2001. 5. Philpot EE. Safety of second generation antihistamines. Allergy Asthma Proc 2000 Jan - Feb. 21(1): 15-206. Horak F. Comparative tolerability of second generation antihistamines. Drug Saf 1999 May; 20(5): 385-401.

NOMBRE COMERCIAL Y GENÉRICO: CLARITYNE® D PEDIATRICO. Loratadina, Pseudoefedrina. SOLUCIÓN. Antihistamínico no sedante/Descongestivo

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN: Cada 100 ml de SOLUCIÓN contienen: Loratadina 50.0 mg; Sulfato de Pseudoefedrina 600.0 mg; Vehículo, c.b.p. 100.0 ml; Cada ml de SOLUCIÓN contiene: Loratadina 0.5 mg; Sulfato de Pseudoefedrina 6.0 mg; Vehículo, c.b.p. 1.0 ml.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Antihistamínico y descongestivo. CLARITYNE® D PEDIATRICO, solución está indicado para el alivio de los síntomas asociados con la rinitis alérgica, incluyendo congestión nasal, estornudos, rinoe, lagrimeo y prurito. CLARITYNE® D PEDIATRICO, solución se recomienda cuando se desea tener el efecto antihistamínico de la loratadina y la acción descongestiva del sulfato de pseudoefedrina.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA EN HUMANOS: La loratadina es un medicamento antihistamínico tricíclico potente, de acción prolongada, con actividad como antagonista selectivo de los receptores H1 periféricos. Se absorbe por completo después de ser administrada por vía oral. La vida media de eliminación del plasma es de 9 horas. Sin embargo, su efecto antihistamínico persiste durante 24 horas. El inicio de acción es muy temprano estimándose en 30 minutos aproximadamente. Posteriormente es metabolizada extensamente en el hígado y excretada a través de orina y heces. El sulfato de pseudoefedrina, uno de los alcaloides naturales de la efedra, es un descongestionante nasal de efecto simpaticomimético, se absorbe completamente en el tracto gastrointestinal después de la administración por vía oral, alcanzando concentraciones pico en plasma entre 1 y 3 horas después de la administración. La pseudoefedrina se excreta primariamente sin cambios en la orina en 55 a 90% en 24 horas, sin embargo, una pequeña proporción se metaboliza en el hígado (menos del 1%) por N-demetilación. Su vida media plasmática se ha determinado en aproximadamente 6 horas.

CONTRAINDICACIONES: CLARITYNE® D PEDIATRICO, solución está contraindicado en pacientes que han demostrado sensibilidad o idiosincrasia a sus componentes, a agentes adrenérgicos y a otros fármacos de estructura química similar. CLARITYNE® D PEDIATRICO, solución también está contraindicado en pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la MAO o dentro de los catorce días de haber suspendido su administración, y en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, hipertensión grave, enfermedad grave de arterias coronarias e hipertiroidismo.

PRECAUCIONES GENERALES: Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes con glaucoma, úlcera péptica estenosante, obstrucción piloro-duodenal, hipertrofia prostática y obstrucción del cuello de la vejiga, enfermedad cardiovascular, aumento de la presión intraocular y diabetes mellitus. Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes tratados con digital. Los agentes simpaticomiméticos como la pseudoefedrina pueden estimular el SNC y causar convulsiones y colapso cardiovascular asociado con hipotensión. El sulfato de pseudoefedrina puede causar excitación, especialmente en niños. En pacientes de 60 años o mayores, también es más probable que los simpaticomiméticos causen reacciones adversas como confusión, alucinaciones, convulsiones, depresión del SNC y muerte. En los pacientes con insuficiencia hepática se debe administrar inicialmente una dosis menor, ya que estos pacientes pueden tener una depuración de loratadina más lenta, se recomienda como dosis inicial la mitad de la dosis recomendada.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se ha establecido la seguridad del uso de CLARITYNE® D PEDIATRICO, solución durante el embarazo. Por lo tanto, estos medicamentos deben administrarse sólo si los beneficios potenciales para la madre justifican el riesgo potencial para el feto. Debido a que la loratadina y el sulfato de pseudoefedrina son excretados en la leche materna, se deberá tomar la decisión de suspender la lactancia o suspender el uso del producto.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: La incidencia de efectos adversos asociados con la combinación de loratadina y el sulfato de pseudoefedrina es comparable a la del placebo, con la excepción de insomnio y boca seca, los cuales se comunicaron comúnmente. Otras reacciones adversas asociadas a la combinación de loratadina / pseudoefedrina y al placebo incluyeron cefalea y somnolencia. Reacciones adversas reportadas ocasionalmente en orden decreciente de frecuencia, incluyeron: nerviosismo, mareos, fatiga, náuseas, trastornos abdominales, ansiedad, sed, taquicardia, faringitis, rinitis, acné, prurito, erupción cutánea, urticaria, artralgia, confusión, disfonía, hiperquinesia, hipoestesia, disminución de la libido, parestesias, temblores, vértigo, rubores, hipotensión ortostática, aumento de la sudoración, trastornos oculares, dolor de oído, tinnitus, alteraciones del sentido del gusto, agitación, apatía, depresión, euforia, paronía, aumento del apetito, cambio en los hábitos intestinales, dispepsia, eructos, hemorroides, decoloración de la lengua, trastornos de la lengua, vómito, función hepática anormal-pasajera, deshidratación, aumento de peso, hipertensión, palpitaciones, migraña, broncoespasmo, tos, disnea, epistaxis, congestión nasal, estornudos, irritación nasal, disuria, trastornos en la micción, nicturia, poliuria, retención urinaria, astenia, dolor de espalda, calambres en las piernas, malestar general y rigores. Durante la comercialización de loratadina, se ha informado ocasionalmente casos de alopecia, anafilaxis y anomalías en la función hepática.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: Según las mediciones hechas a través de estudios del desempeño psicomotor, loratadina no causa potenciación cuando se administra concomitantemente con alcohol. Durante los estudios clínicos controlados se ha informado aumento en las concentraciones plasmáticas de loratadina después del uso concomitante con ketoconazol, eritromicina o cimetidina, pero sin haber habido cambios clínicos significativos (incluyendo cambios electrocardiográficos). Se debe ejercer precaución cuando se administren conjuntamente otros fármacos que inhiban el metabolismo hepático hasta que se puedan realizar estudios de interacción definitiva. Cuando se administran agentes simpaticomiméticos a pacientes que reciben inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO) pueden ocurrir reacciones hipertensivas, incluso crisis hipertensivas. Los efectos antihipertensivos de metildopa, mecamilamina, reserpina y alcaloides derivados del veratru, pueden ser reducidos por los compuestos simpaticomiméticos. Los agentes bloqueadores beta adrenérgicos también pueden interactuar con los simpaticomiméticos. Cuando se usa pseudoefedrina concomitantemente con digital se puede aumentar la actividad del marcapasos ectópico. Los antiácidos

aumentan la tasa de absorción de la pseudoefedrina y el caolin la disminuye.

ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO: Se debe suspender la administración de agentes antihistamínicos aproximadamente 48 horas antes de realizar procedimientos de pruebas cutáneas ya que estos fármacos pueden impedir o disminuir las reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica. Al agregar in vitro pseudoefedrina a sueros que contienen la isoenzima cardíaca MB de fosfoquinasa en creatinina sérica, inhibe progresivamente la actividad de la enzima. La inhibición se completa en más de seis horas.

PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE LA CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Se realizaron estudios de teratología en diferentes especies animales que demostraron que el producto no fue teratógeno cuando se administró por vía oral durante el periodo de organogénesis. El curso de la preñez o la viabilidad embrionaria fetal de ratas no fue afectado a dosis de hasta 150 mg/kg/día (30 veces la dosis clínica propuesta) y en el caso de conejos el comportamiento fue igual para los parámetros evaluados manejando dosis de hasta 120 mg/kg/día. Los estudios demuestran que la loratadina y el sulfato de pseudoefedrina no son carcinogénicos, mutagénicos o teratogénicos.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Oral.

Niños de 2 a 8 años de edad:

Rango de Edad (años)	Peso Corporal (kg)	Volumen cada 12 horas (ml)	Loratadina 12 horas (mg)	Loratadina 24 horas (mg)	Pseudoefedrina 12 horas (mg)	Pseudoefedrina 24 horas (mg)
2 a 5	12.5 a 18.5	2.5	1.25	2.5	15	30
6 a 8	18.6 a 26	5	2.5	5	30	60

Basados en este esquema, la dosis recomendada es: Niños de 2 a 5 años de edad: 1/2 cucharadita (2.5 ml) dos veces al día. Niños de 6 a 8 años de edad: Una cucharadita (5.0 ml) dos veces al día.

SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL, MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): En el caso de una sobredosis, debe iniciarse inmediatamente el tratamiento sintomático general y coadyuvante que debe mantenerse durante todo el tiempo necesario. **Manifestaciones:** Pueden variar desde depresión del SNC (sedación, apnea, disminución de la agudeza mental, cianosis, coma, colapso cardiovascular) a estímulo (insomnio, alucinaciones, temblores o convulsiones), a muerte. Otros signos y síntomas pueden incluir euforia, excitación, taquicardia, palpitaciones, sed, sudoración, náuseas, mareos, tinnitus, ataxia, visión borrosa, e hipertensión o hipotensión. El riesgo de estímulo es más probable en niños, como también lo son los signos y síntomas similares a los producidos por la atropina (boca seca: pupilas fijas y dilatadas; rubores; hipertermia y síntomas gastrointestinales). A dosis elevadas, los medicamentos simpaticomiméticos pueden producir mareos, cefalea, náuseas, vómitos, sudoración, sed, taquicardia, dolor precordial, palpitaciones, dificultades de la micción, debilidad y tensión muscular, ansiedad, inquietud e insomnio. Muchos pacientes pueden presentar una psicosis tóxica con ilusiones y alucinaciones. Algunos pueden desarrollar arritmias cardíacas, colapso circulatorio, convulsiones, coma e insuficiencia respiratoria. Los valores de DL50 oral para este producto combinado fueron mayores de 525 y de 1839 mg/kg en ratones y ratas, respectivamente. **Tratamiento:** Debe inducirse el vómito aun si ha ocurrido emesis espontáneamente. El vómito inducido farmacológicamente, por administración de jarabe de ipecacuana, es el método preferido. Sin embargo, no se debe inducir el vómito en pacientes con menoscabo de la conciencia. La acción de la ipecacuana se facilita por la actividad física y por la administración de 240 a 360 mililitros de agua. Si no ocurre emesis dentro de los 15 minutos, las dosis de ipecacuana debe repetirse. Se deben tomar precauciones para evitar la aspiración, especialmente en los niños. Después de la emesis, debe tratarse de absorber cualquier resto de droga que quede en el estómago administrando carbón activado en forma de suspensión espesa en agua. Si no se tiene éxito en inducir el vómito, o éste está contraindicado, se debe hacer lavado gástrico. La solución salina fisiológica es la solución de elección para el lavado gástrico, especialmente en niños. En adultos puede usarse agua corriente; sin embargo, antes de la siguiente insibilación debe extraerse el mayor volumen posible de líquido administrado previamente. Los catárticos salinos atraen agua dentro del intestino por ósmosis y, por lo tanto, pueden ser valiosos por su rápida acción diluyente del contenido intestinal. No se sabe si este producto puede dializarse. Después del tratamiento de urgencia el paciente debe continuar siendo vigilado médicamente. El tratamiento de los signos y síntomas de sobredosis es sintomático y coadyuvante. No se deben usar agentes estimulantes (analépticos). Pueden usarse vasoconstrictores para el tratamiento de la hipotensión. Los barbitúricos de acción corta, diazepam o paraldehído, pueden administrarse para controlar las convulsiones. La hiperpirexia, especialmente en los niños, puede necesitar tratamiento con baños de esponja con agua tibia o con una manta hipodérmica. La apnea se trata con ventilación mecánica asistida.

PRESENTACIONES: Caja con frasco con 30 y 60 ml y con cucharita graduada a 2.5 y 5.0 ml.

RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO: Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30°C.

LEYENDAS DE PROTECCIÓN: Este medicamento contiene un antihistamínico. No debe administrarse durante el embarazo y la lactancia, ni en niños menores de 2 años. Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica. El producto contiene 15.75% de carbohidratos. Si requiere mayor información, comuníquese a la Dirección Médica al 5728-4422.

NOMBRE DEL LABORATORIO Y DIRECCIÓN:

SCHERING-PLOUGH, S.A. DE C.V.

Av. 16 de Septiembre No. 301, Col. Xaltocan, México, D.F., 16090, México.

NÚMERO DE REGISTRO DEL MEDICAMENTO Y CÓDIGO INTERNO DEL LABORATORIO PARA PUBLICIDAD DEL IPP:

Reg. No. 022M2000 SSA IV

CLAVE IPP-A: EEAR-203349/RM2001 SSA

©Marca Registrada.

Clarityne-D
Loratadina + Pseudoefedrina

NOMBRE COMERCIAL Y GENÉRICO: CLARITYNE® D. Loratadina. Pseudoefedrina. **JARABE.** Antihistaminico/Descongestivo, no sedante, de acción prolongada.

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN: Cada 100 ml del JARABE contienen: Loratadina 100 mg; Sulfato de Pseudoefedrina 1200 mg; Vehículo c.b.p. 100 ml.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Antihistaminico y descongestivo nasal. CLARITYNE® D Jarabe está indicado para el alivio de los síntomas asociados con la rinitis alérgica, congestión nasal, estornudos, rinores, lagrimeo y prurito. CLARITYNE® D Jarabe se recomienda cuando se desea tener el efecto antihistaminico de la loratadina y la acción descongestiva del sulfato de pseudoefedrina.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA EN HUMANOS: La loratadina es un medicamento antihistaminico tríclico potente, de acción prolongada, con actividad como antagonista selectivo de los receptores H1 periféricos. Se absorbe por completo después de ser administrada por vía oral. La vida media de eliminación del plasma es de 9 horas. Sin embargo, su efecto antihistaminico persiste durante 24 horas. El inicio de acción es muy temprano estimándose en 30 minutos aproximadamente. Posteriormente es metabolizada extensamente en el hígado y excretada a través de orina y heces.

El sulfato de pseudoefedrina, uno de los alcaloides naturales de la efedra, es un descongestionante nasal de efecto simpaticomimético, se absorbe completamente en el tracto gastrointestinal después de la administración por vía oral, alcanzando concentraciones pico en plasma entre 1 y 3 horas después de la administración. La pseudoefedrina se excreta primariamente sin cambios en la orina en 55 a 90 % en 24 horas, sin embargo, una pequeña proporción se metaboliza en el hígado (menos del 1%) por N-demetilación. Su vida media plasmática se ha determinado en aproximadamente 6 horas.

CONTRAINDICACIONES: CLARITYNE® D está contraindicado en pacientes que han demostrado sensibilidad o idiosincrasia a sus componentes, a agentes adrenérgicos y a otros fármacos de estructura química similar. CLARITYNE® D Jarabe también está contraindicado en pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la MAO o dentro de los catorce días de haber suspendido su administración, y en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, hipertensión grave, enfermedad grave de arterias coronarias e hipertiroidismo. Estos productos están contraindicados durante el embarazo y la lactancia.

PRECAUCIONES GENERALES: Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes con glaucoma, úlcera péptica estenosante, obstrucción piloroduodenal, hipertrofia prostática y obstrucción del cuello de la vejiga, enfermedad cardiovascular, aumento de la presión intraocular y diabetes mellitus.

Los agentes simpaticomiméticos deben usarse con cautela en pacientes tratados con digital. Los agentes simpaticomiméticos como la pseudoefedrina pueden estimular el SNC y causar convulsiones y colapso cardiovascular asociado con hipotensión. El sulfato de pseudoefedrina puede causar excitación, especialmente en niños. En pacientes de 60 años o mayores, también es más probable que los simpaticomiméticos causen reacciones adversas como confusión, alucinaciones, convulsiones, depresión del SNC y muerte. Por lo tanto, debe procederse con cautela cuando se administre CLARITYNE® D Jarabe a pacientes ancianos. En los pacientes con insuficiencia hepática se debe administrar inicialmente una dosis menor, ya que estos pacientes pueden tener una depuración de loratadina más lenta, se recomienda como dosis inicial la mitad de la dosis recomendada. Uso pediátrico: No se ha establecido la seguridad del uso de CLARITYNE® D Jarabe en niños menores de 6 años.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se recomienda el uso de CLARITYNE® D Jarabe durante el embarazo y la lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: La incidencia de efectos adversos asociados con la combinación de loratadina y el sulfato de pseudoefedrina son insomnio y boca seca, los cuales se comunicaron comúnmente. Otras reacciones adversas asociadas a la combinación de loratadina y pseudoefedrina incluyeron cefalea y somnolencia. Las reacciones adversas en orden decreciente de frecuencia, incluyeron nerviosismo, mareos, fatiga, náuseas, trastornos abdominales, anorexia, sed, taquicardia, faringitis, rinitis, acné, prurito, erupción cutánea, urticaria, artralgia, confusión, disfonía, hiperquinesia, hipoestesia, disminución de la libido, parestesias, temblores, vértigo, rubores, hipotensión ortostática, aumento de la sudoración, trastornos oculares, dolor de oído, tinnitus, alteraciones del sentido del gusto, agitación, apatía, depresión, euforia, paroniria, aumento del apetito, cambio en los hábitos intestinales, dispepsia, eructos, hemorroides, decoloración de la lengua, trastornos de la lengua, vómito, función hepática anormal pasajera, deshidratación, aumento de peso, hipertensión, palpaciones, migraña, broncoespasmo, tos, disnea, epistaxis, congestión nasal, estornudos, irritación nasal, disuria, trastornos en la micción, nicturia, poliuria, retención urinaria, astenia, dolor de espalda, calambres en las piernas, malestar general y rigores. Durante la comercialización de loratadina, se han informado en raras ocasiones casos de alopecia, anafilaxis y anomalías en la función hepática. De manera similar, la incidencia de efectos adversos asociados con CLARITYNE® D Jarabe es comparable a la del placebo. En estudios clínicos controlados pediátricos, la incidencia de cefalea, sedación y nerviosismo relacionados al tratamiento, los cuales fueron eventos raramente reportados, fue similar al placebo.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: Según las mediciones hechas a través de estudios del desempeño psicomotor, loratadina no causa potenciación cuando se administra concomitantemente con alcohol. Durante los estudios clínicos controlados se ha informado aumento en las concentraciones plasmáticas de loratadina después del uso concomitante con ketoconazol, eritromicina o cimetidina, pero sin haber habido cambios clínicos significativos (incluyendo cambios electrocardiográficos). Se debe ejercer precaución cuando se administren conjuntamente otros fármacos que inhiban el metabolismo hepático hasta que se puedan realizar estudios de interacción definitiva. Cuando se administran agentes simpaticomiméticos a pacientes que reciben inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO) pueden ocurrir reacciones hipertensivas, incluso crisis hipertensivas. Los efectos antihipertensivos de metildopa, mecamilamina, reserpina y alcaloides derivados del veratro, pueden ser reducidos por los compuestos simpaticomiméticos. Los agentes

bloqueadores beta adrenérgicos también pueden interactuar con los simpaticomiméticos. Cuando se usa pseudoefedrina concomitantemente con digital se puede aumentar la actividad del marcapasos ectópico. Los antiácidos aumentan la tasa de absorción de la pseudoefedrina y el caolín la disminuye.

ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO: Se debe suspender la administración de agentes antihistaminicos aproximadamente cuatro días antes de realizar procedimientos de pruebas cutáneas ya que estos fármacos pueden impedir o disminuir las reacciones que, de otro modo, serían positivas a los indicadores de reactividad dérmica. Al agregar in vitro pseudoefedrina a sueros que contienen la isoenzima cardíaca MB de fosfofosfataza en creatinina sérica, inhibe progresivamente la actividad de la enzima. La inhibición se completa en más de seis horas.

PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE LA CARCINOGENESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Se realizaron estudios de teratología en diferentes especies animales que demostraron que el producto no fue teratogénico cuando se administró por vía oral durante el periodo de organogénesis. El curso de la preñez o la viabilidad embrionaria fetal de ratas no fue afectado a dosis de hasta 150 mg/kg/día (30 veces la dosis clínica propuesta) y en el caso de conejos el comportamiento fue igual para los parámetros evaluados manejando dosis de hasta 120 mg/kg/día. Los estudios demuestran que la loratadina y el sulfato de pseudoefedrina no son carcinogénicos, mutagénicos o teratogénicos.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Oral. Adultos y niños mayores de 6 años de edad (≥ 30 Kg de peso corporal), 1 cucharadita (5ml) cada 12 horas. Niños de 6 a 12 años (≤ 30 Kg de peso corporal) media cucharadita (2.5 ml) cada 12 horas.

SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL, MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): En el caso de una sobredosis, debe iniciarse inmediatamente el tratamiento sintomático general y coadyuvante que debe mantenerse durante todo el tiempo necesario. **Manifestaciones:** Pueden variar desde depresión del SNC (sedación, apnea, disminución de la agudeza mental, cianosis, coma, colapso cardiovascular) a estímulo (insomnio, alucinaciones, temblores o convulsiones), a muerte. Otros signos y síntomas pueden incluir euforia, excitación, taquicardia, palpaciones, sed, sudoración, náuseas, mareos, tinnitus, ataxia, visión borrosa, e hiper o hipotensión. El riesgo de estímulo es más probable en niños, como también lo son los signos y síntomas similares a los producidos por la atropina (boca seca; pupilas fijas y dilatadas; rubores; hipertermia y síntomas gastrointestinales). A dosis elevadas, los medicamentos simpaticomiméticos pueden producir mareos, cefalalgia, náuseas, vómitos, sudoración, sed, taquicardia, dolor precordial, palpaciones, dificultades de la micción, debilidad y tensión musculares, ansiedad, inquietud e insomnio. Muchos pacientes pueden presentar una psicosis tóxica con ilusiones y alucinaciones. Algunos pueden desarrollar arritmias cardíacas, colapso circulatorio, convulsiones, coma e insuficiencia respiratoria. Los valores de DL50 oral para este producto combinado fueron mayores de 525 y de 1839 en ratones y ratas, respectivamente.

Tratamiento: Debe inducirse el vómito aun si ha ocurrido emesis espontáneamente. El vómito inducido farmacológicamente, por administración de jarabe de ipecacuana, es el método preferido. Sin embargo, no se debe inducir el vómito en pacientes con menoscabo de la conciencia. La acción de la ipecacuana se facilita por la actividad física y por la administración de 240 a 360 mililitros de agua. Si no ocurre emesis dentro de los 15 minutos, las dosis de ipecacuana debe repetirse. Se deben tomar precauciones para evitar la aspiración, especialmente en los niños. Después de la emesis, debe tratarse de absorber cualquier resto de droga que quede en el estómago administrando carbón activado en forma de suspensión espesa en agua. Si no se tiene éxito en inducir el vómito, o éste está contraindicado, se debe hacer lavado gástrico. La solución salina fisiológica es la solución de elección para el lavado gástrico, especialmente en niños. En adultos puede usarse agua corriente; sin embargo, antes de la siguiente instilación debe extraerse el mayor volumen posible de líquido administrado previamente. Los catárticos salinos atraen agua dentro del intestino por ósmosis y, por lo tanto, pueden ser valiosos por su rápida acción diluyente del contenido intestinal. No se sabe si este producto puede dializarse. Después del tratamiento de urgencia el paciente debe continuar siendo vigilado médicamente. El tratamiento de los signos y síntomas de sobredosis es sintomático y coadyuvante. No se deben usar agentes estimulantes (analépticos). Pueden usarse vasoconstrictores para el tratamiento de la hipotensión. Los barbitúricos de acción corta, diazepam o paraldehid, pueden administrarse para controlar las convulsiones. La hiperpirexia, especialmente en los niños, puede necesitar tratamiento con baños de esponja con agua tibia o con una manta hipodérmica. La apnea se trata con ventilación mecánica asistida.

PRESENTACIONES: Frasco de 60 y 120 ml.

RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO: Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30°C.

LEYENDAS DE PROTECCIÓN: Este medicamento contiene un antihistaminico. No debe administrarse durante el embarazo y la lactancia, ni en niños menores de 6 años. Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica. Contiene 45% de azúcar. Si requiere mayor información solicítela a la Dirección Médica al 5728-4422.

NOMBRE DEL LABORATORIO Y DIRECCIÓN: SCHERING-PLOUGH, S.A. DE C.V.

Av. 16 de Septiembre No. 301, Col. Xaltocan, México, D.F., 16090, México.

NÚMERO DE REGISTRO DEL MEDICAMENTO Y CÓDIGO INTERNO DEL LABORATORIO PARA PUBLICIDAD DEL IPP:

Reg. N.º. 251M91 SSA IV.

CLAVE IPP-A: EEAR-203362/RM2001 SSA

*Marca Registrada.

REFERENCIAS:

1.- Juniper EF, Ponte ChD, Shapiro GG. Los nuevos antihistaminicos. Aten Méd. 1996; 24:33.

2.- Prenner B, Scharf M. Prescribing antihistamines: What you need to know. JM. 1997; 18: 57-66.

3.- Vuurman EFFM, van Veggel LMA, Ulterwijk MMC, et al. Seasonal allergic rhinitis and antihistamine effects on children's learning. Ann Allergy. 1993;71:121-126.

ARE-36801-CLED No. de Entrada SSA: 209530

En la rinitis alérgica perenne

Rinelon®

Mometasona

NOMBRE COMERCIAL Y GENÉRICO: RINELON®. Mometasona, Suspensión, Spray Nasal. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada 100 ml contiene: Furoato de mometasona monohidratado equivalente a 0.050 g de furoato de mometasona anhidro. Vehículo c.b.p. 100.0 ml. Cada ml contiene: Furoato de mometasona monohidratado equivalente a 0.50 mg de furoato de mometasona anhidro. Vehículo c.b.p. 1.0 ml. Cada nebulización contiene 50 mcg de furoato de mometasona. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Tratamiento de los síntomas de la rinitis estacional o perenne. En pacientes con una historia de síntomas de rinitis alérgica estacional moderados a severos, se recomienda el tratamiento profiláctico con **RINELON®** durante dos a cuatro semanas antes del comienzo previsto de la estación del polen. **RINELON®** Spray Nasal también está indicado como tratamiento coadyuvante a severos, se recomienda el tratamiento profiláctico con **RINELON®** durante dos a cuatro semanas antes del comienzo previsto de la estación del polen. **RINELON®** Spray Nasal también está indicado como tratamiento coadyuvante junto con la antibioterapia, para los cuadros de sinusitis aguda de pacientes adultos y adolescentes mayores de 12 años. **FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA EN HUMANOS:** El furoato de mometasona, administrado como rocío nasal, presenta una biodisponibilidad insignificante (≤0.1%) y generalmente no se detecta en plasma, aun cuando se usa un ensayo sensible con un límite inferior de cuantificación de 50 µg/ml, por lo anterior, no hay datos de farmacocinética relevantes para esta forma farmacéutica. El furoato de mometasona en suspensión es pobremente absorbido desde el tracto gastrointestinal, y la pequeña cantidad que pudiera degradarse y absorberse sufre un extenso metabolismo de primer paso antes de ser excretado en orina y bilis. En los estudios que utilizaron un reto de antígeno nasal, **RINELON®** Suspensión demostró actividad antiinflamatoria en respuestas alérgicas de fase temprana y tardía. Esto se ha demostrado por una disminución (contra placebo) en histamina, actividad de eosinófilos y reducción (contra basal) en eosinófilos, neutrófilos y proteínas de adhesión de células epiteliales. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula, en infecciones tuberculosas activas o latentes de las vías respiratorias, con infecciones micóticas, bacterianas o virales, herpes simple ocular, embarazo o lactancia y niños menores de 3 años. **PRECAUCIONES GENERALES: RINELON®** no debe ser usado en presencia de infección local de la mucosa nasal sin tratamiento de dicha infección. Debido al efecto inhibitorio de los corticosteroides sobre la cicatrización de heridas, los pacientes con cirugía o traumatismo nasal reciente no deben usar un corticosteroide nasal hasta no haber ocurrido la cicatrización. Después de 12 meses de tratamiento con **RINELON®**, no hubo evidencia de atrofia de la mucosa nasal, además, el furoato de mometasona tendió a revertir la mucosa nasal hacia un fenotipo histológico normal. Como es el caso con cualquier tratamiento a largo plazo, los pacientes que usan **RINELON®** durante varios meses o por períodos más prolongados, deben ser examinados periódicamente buscando posibles cambios en la mucosa nasal. En caso de desarrollarse una infección micótica localizada en la nariz o faringe, es posible que sea necesario suspender la administración de **RINELON®** o instituir el tratamiento apropiado. La persistencia de la irritación nasofaríngea puede ser una indicación para suspender el tratamiento con **RINELON®**. No hay evidencia de depresión del eje hipotálamo-hipofisiario- suprarrenal (HPS) después del tratamiento prolongado con **RINELON®**. Sin embargo, los pacientes que se transfirieron de administración a largo plazo de corticosteroides con actividad sistémica a **RINELON®** necesitan ser vigilados cuidadosamente. La suspensión del corticosteroide sistémico en tales pacientes puede dar lugar a insuficiencia suprarrenal durante varios meses hasta recobrase la función del eje HPS. Si estos pacientes exhiben signos y síntomas de insuficiencia suprarrenal, la administración del corticosteroide sistémico debe resumirse e instituirse otras modalidades terapéuticas y medidas apropiadas. Durante la transferencia de los corticosteroides sistémicos a **RINELON®**, algunos pacientes tal vez presenten síntomas carenciales relacionados con los corticosteroides de actividad sistémica (por ejemplo, dolor articular y/o muscular, lassitud y depresión, inicialmente) a pesar del alivio de los síntomas nasales, necesitando aliento para continuar el tratamiento con **RINELON®**. Tal transferencia también puede revelar afecciones alérgicas previas, por ejemplo, conjuntivitis alérgica y eczema, previamente suprimidas por la administración del corticosteroide sistémico. Los pacientes que reciben corticosteroides y que están potencialmente inmunodeprimidos, deben ser advertidos acerca del riesgo de exposición a ciertas infecciones (por ejemplo, varicela, sarampión) y de la importancia de consultar un médico en caso de ocurrir tal exposición. En muy raras ocasiones se han comunicado casos de perforación del tabique nasal o aumento de la presión intraocular después de usar aerosoles corticosteroides intranasales. El abuso o sobredosis de corticosteroides por vía oral, inhalado o aplicado por vía intranasal reduce la tasa de crecimiento en los niños, por lo que se debe monitorear la tasa de crecimiento en estos pacientes. En un estudio clínico que utilizó placebo controlado, **RINELON®** fue administrado a una población de pacientes pediátricos en dosis de 100 mcg diariamente durante un año, no se observó reducción en la velocidad en su crecimiento. Sin embargo, no se ha establecido si hay efectos a largo plazo después de haber suspendido el tratamiento, por lo que los pacientes no deberán suspender el tratamiento sin antes consultarlo con su médico. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** No se han realizado estudios adecuados o bien controlados en mujeres embarazadas. Las concentraciones plasmáticas de mometasona no son mensurables después de la administración intranasal de la dosis clínica máxima recomendada, por consiguiente, se espera que la exposición fetal sea insignificante y que el potencial de toxicidad para la reproducción sea muy bajo. Como es el caso con otras preparaciones corticosteroides nasales, **RINELON®** debe usarse en mujeres embarazadas, madres que crían o mujeres en edad de gestar solamente si los beneficios potenciales justifican los riesgos potenciales para la madre, el feto o el lactante. Los bebés de madres que recibieron corticosteroides durante el embarazo deben ser observados estrechamente para detectar, en su caso, hipoadrenalismo. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Los efectos adversos locales relacionados con el tratamiento, que se comunicaron durante los estudios clínicos, incluyeron epistaxis (es decir, hemorragia franca, mucosidades sangrientas y trazas de sangre (8.0%), faringitis (4%), ardor nasal (2%) e irritación nasal (2%), todos los cuales representan los efectos típicamente observados cuando se usa un rocío nasal corticosteroide. La epistaxis generalmente fue autolimitante

y de severidad leve, ocurriendo a una incidencia mayor en comparación con placebo (5%), pero a una incidencia similar o menor en comparación con los corticosteroides nasales activos estudiados como testigo (hasta un 15%). La incidencia de todos los otros efectos fue similar a la del placebo. Ocasionalmente, después de la aplicación intranasal de furoato de mometasona pueden ocurrir reacciones de hipersensibilidad inmediata. De forma excepcional, se han reportado anafilaxia y angioedema. En la población pediátrica, la incidencia de cefalea (3%), epistaxis (6%), irritación nasal (2%) y estornudos (2%), fue similar a la obtenida del grupo placebo. En adultos y adolescentes que reciben **RINELON®** Spray Nasal como tratamiento coadyuvante para cuadros de sinusitis aguda, los eventos adversos relacionados con el tratamiento, los cuales ocurren con una incidencia comparable a la del placebo, incluyen cefalea (2%), faringitis (1%), ardor nasal (1%) e irritación nasal (1%). La epistaxis es leve y en severidad también se presenta con una incidencia comparable a la del placebo (5% vs. 4% respectivamente). **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Se desconocen hasta la fecha. **ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO:** No se han reportado a la fecha. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** El furoato de mometasona no fue mutagénico en el ensayo de linfoma de ratón ni en el bioensayo de salmonea/microsomas de mamífero. El furoato de mometasona fue negativo en el ensayo de eritrocito-micronúcleos de médula ósea de ratón, el ensayo de clastogénesis en médula ósea de rata, ensayo de clastogénesis de células germinales mitóticas de ratón macho, ni en el ensayo de aberraciones cromosómicas de células de pulmón de hámster chino. A dosis citotóxicas en cultivos de células de ovario de hámster chino, el furoato de mometasona indujo un incremento dosis-relacionado en las aberraciones cromosómicas simples cuando se expusieron continuamente (7.5 horas) en la fase de no-activación, pero no en presencia de fracción S9 de hígado de rata. Este hallazgo no es considerado como significativo en la evaluación del riesgo de furoato de mometasona, debido a que la fase S del ensayo de aberraciones cromosómicas y todos los ensayos in vivo fueron negativos. Se han observado respuestas clastogénicas sin implicaciones de riesgo en la salud de humanos a dosis citotóxicas con otros corticosteroides, tales como dexametasona. En estudios subcutáneos de Segmento I y III, el furoato de mometasona fue bien tolerado a dosis de hasta 7.5 µg/kg (2.6 veces la dosis por inhalación en humanos). A 15 µg/kg se presentó un alargamiento en la gestación y trabajo de parto prolongado y difícil, con una reducción en la supervivencia y peso corporal o ganancia de peso de las crías. No hubo efectos en la fertilidad. Al igual que otros glucocorticoides, el furoato de mometasona es teratogénico en roedores y conejos. Se realizaron estudios de teratología en ratas, ratones y conejos por la vía tópica (dérmica) y/o subcutánea. Se presentó hernia umbilical en ratas a las que se les administraron 2600 µg/kg dérmicamente, paladar hendido en ratones a 180 µg/kg, subcutáneamente y agnecia de vesícula, hernia umbilical y patas delanteras flexionadas en conejos a 2150 µg/kg dérmicamente. En estos estudios de teratogénesis, también hubo reducciones en la ganancia de peso corporal de la madre, efectos en el crecimiento de fetos (menor peso corporal de fetos y/o osificación retrasada) en ratas, conejos y ratones y reducción en la supervivencia de crías de ratones. No hubo efectos toxicológicos únicos de la exposición de furoato de mometasona. Todos los efectos observados son típicos de esta clase de compuestos y están relacionados a los efectos farmacológicos exagerados de glucocorticoides. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Después del purgado inicial de la bomba de **RINELON®** (normalmente 6 ó 7 bombeos hasta obtenerse un rocío uniforme), cada bombeo entrega aproximadamente 100 mcg de suspensión de furoato de mometasona, que contiene furoato de mometasona monohidratado equivalente a 50 mcg de furoato de mometasona. Si la bomba de rocío no se ha usado durante 14 días o más, debe volverse a cebar antes del uso siguiente. Agitar bien el envase antes de cada uso. **La dosis recomendada para adolescentes, adultos y ancianos:** para la profilaxis y el tratamiento es de dos bombeos (50 mcg/bombeo) en cada fosa nasal, una vez al día (dosis total de 200 mcg). Una vez que los síntomas se han controlado, la reducción de la dosis a un rocío en cada fosa nasal (dosis total de 100 mcg) puede ser suficiente como dosis de mantenimiento. **Niños entre 3 y 11 años:** La dosis recomendada es de un bombeo (50 mcg/bombeo) diario en cada fosa nasal (dosis total de 100 mcg). En el caso de que los síntomas persistan en adolescentes y adultos se puede aumentar la dosis a un máximo de cuatro bombeos en cada fosa nasal una vez al día (dosis total de 400 mcg). **La dosis recomendada para adolescentes mayores de 12 años, adultos y ancianos:** para el tratamiento coadyuvante de los cuadros de sinusitis aguda es de 2 bombeos (50 mcg/bombeo) en cada fosa nasal, dos veces al día (dosis total de 400 mcg). En el caso de que los síntomas persistan, la dosis se puede incrementar a 4 bombeos (50 mcg/bombeo) en cada fosa nasal dos veces al día (dosis total de 800 mcg). **SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL; MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS):** Debido a la insignificante biodisponibilidad sistémica (≤ 0.1%) de **RINELON®**, es improbable que una sobredosis necesite tratamiento alguno fuera de observación, seguida de iniciación de la posología prescrita apropiada. La administración oral o inhalada de dosis excesivas de corticosteroides puede llevar a la supresión de la función del eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal. **PRESENTACIONES:** Caja con un frasco con bomba de rocío de dosis medida con 40 y 140 nebulizaciones. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Conservarse a no más de 25°C. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica. **Literatura exclusiva para médicos: NOMBRE DEL LABORATORIO Y DIRECCIÓN:** Schering-Plough, S.A. de C.V. Av. 16 de Septiembre No. 301, Xochimilco, 16090 México D.F. **NÚMERO DEL REGISTRO DEL MEDICAMENTO Y CODIGO INTERNO DEL LABORATORIO PARA PUBLICIDAD DEL IPP:** Reg. No. 218M97 S.S.A. IPPA: IEAR-206739/RM2000. **ARTÍCULO DE REVISIÓN:** 1. Schenkel EJ, Skoner DP, Bronsky et al. Absence of growth retardation in children with perennial allergic rhinitis after one year of treatment with mometasona furoate aqueous nasal spray. *Pediatrics* 2000 Feb; 105(2): p e22. full text abstract. **NÚMERO DE ENTRADA:** 111145.

ARE I39101 RIN



ESSEX
FARMA

UNA DIVISIÓN DE

Schering-Plough

Dos tomas al día

Clarityne®-D

Loratadina + Pseudoefedrina

A partir
de los 2 años

Claridad de Vida

Solución y Jarabe

Antihistamínico
Descongestivo
de primera línea ^(1,2)

Sin Sedación ^(1,2)

No afecta la
capacidad de
aprendizaje del niño ⁽³⁾

*El antihistamínico descongestivo
Justo a la medida
de su pequeño paciente*

ESSEX
FARMACIA

UNA DIVISION DE

Schering - Plough



Rinelon[®]

Mometasona

EN LA RINITIS ALÉRGICA PERENNE

**La mometasona no inhibió
el crecimiento en los niños¹**

En el estudio clínico: Schenkel EJ; Skoner DP; Bronsky *et al*, Absence of growth retardation in children with perennial allergic rhinitis after one year of treatment with mometasona furoate aqueous nasal spray. Pediatrics 2000 Feb; 105(2): p e22. full text abstract


Clave S.S.:

Furoato de
Mometasona^{*}
Spray Nasal

4141

**ESSEX
FARMA**

UNA DIVISIÓN DE:

 Schering-Plough