

11236

43
2y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
Facultad de Medicina

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Hospital General Centro
Médico "La Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Manifestaciones
Otorrinolaringológicas en
Artritis Reumatoide

FALLA DE ORIGEN

Tesis de Postgrado

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGÍA

P R E S E N T A:

Dra. Ma. Linda Villagómez Rodríguez



IMSS México, D. F.

Agosto 1984

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México

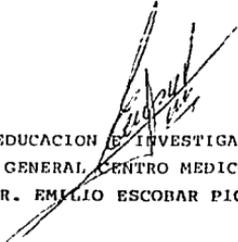


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

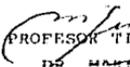
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO "LA RAZA"
DR. EMILIO ESCOBAR PICASO.

SUBJEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO "LA RAZA"
DR. ENRIQUE ESPINOZA HUERTA.



PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
DR. MARIANO HERNANDEZ GORIBAR.
JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO



ASESOR
DRA. KATHERINE JAUREGUI RENAUD.

MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS
EN ARTRITIS REUMATOIDE.

PRESENTADA POR:

DRA. MA. LINDA VILLAGOMEZ RODRIGUEZ.

ASESORADA POR:

DRA. KATHERINE JAUREGUI RENAUD.

COLABORADORES:

DR. SILVIO JURADO HERNANDEZ.
DR. JUAN MANUEL MIRANDA LIMON.
DRA. LEONOR BARILE FABRIS.
DRA. ARLET MARRUGO CARRASQUILLA.
DR. JOSE LUIS GARCIA FIGUEROA.
DRA. REBECA RODRIGUEZ NAVA.
DR. ALFONSO GARCIA.

AGRADECIMIENTO:

A MIS PADRES Y HERMANOS,

**A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS QUE HICIERON POSIBLE
LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.**

INDICE

I.- INTRODUCCION	I
2.- OBJETIVO	7
3.- MATERIAL Y METODOS	8
3.1 Características de la población.....	8
3.2 Procedimiento	11
3.3.- Recursos Materiales	13
4.- RESULTADOS	16
4.1 Resultados de Artritis Reumatoide	16
4.2 Tabla I	16
4.3 Tabla II	17
Principales signos ORL identificados a E.F.	17
4.4 Gráfica manifestaciones de compromiso de vías - -- aéreas superiores	19
4.5 Tabla III	20
Promedio de umbrales tonales obtenidos en la Audio metría Tonal	20
4.6 Tabla IV	21
Resultados de la timpanometría	21
4.7 Gráfica manifestaciones otológicas	22
4.8 Gráfica manifestaciones de la articulación temporo mandibular	23
5.- DISCUSION	24
6.- CONCLUSIONES	27
7.- SUGERENCIAS	28
8.- BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUCCION

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria sistémica de predominio articular y causa desconocida. En su fisiopatología intervienen factores genéticos y fenómenos de autoinmunidad. Afecta principalmente las membranas sinóvilas de las articulaciones, dando como resultado inflamación crónica de curso variable con limitaciones funcionales. (I-4).

Las lesiones se encuentran principalmente en las articulaciones diartroideas y en menor proporción en los tejidos que se relacionan con ellos, como son sus tendones y vainas en el tejido subcutáneo periarticular, pero existen también lesiones -- extrarticulares en músculo estriado, arterias, corazón, pulmón, ojos y oído. (I-4).

La artritis reumatoide afecta el 1 al 2% de la población general, puede comenzar en cualquier edad, pero en la mayoría de los casos se manifiesta entre los 25 y 55 años de edad. Es más frecuente en las mujeres con una relación de 3:1 (1-4).

En el antígeno de histocompatibilidad HLA-DR4 se identifica en el 65%. Los hallazgos anatomopatológicos en las articulaciones incluyen sinovitis crónica con formación de pannus que erosiona cartílago, hueso, ligamentos y tendones. En la fase -- aguda son comunes el derrame y otras manifestaciones de inflama

ción. En la etapa tardía, la organización puede originar anquilosis fibrosa; rara vez hay anquilosis ósea verdadera. Un factor importante en el daño articular durante ambas etapas es el compromiso inflamatorio de los tejidos blandos. El hallazgo microscópico más característico es la presencia de nódulos subcutáneos. Son granulomas con una zona central de necrosis fibrinoide, una palizada de células de tejido conjuntivo alargadas - dispuestas de manera radial y tejido de granulación crónico en la periferia. En ocasiones se observan alteraciones anatomopatológicas no diferenciables de las de los nódulos subcutáneos en: miocardio, pericardio, endocardio, valvulas cardiacas, pleura - visceral, pulmones, escleróticas, duramadre, bazo, laringe, membrana sinovial, tejidos periarticulares y tendones. En 25 a 40% de los pacientes en la necropsia se encuentra pericarditis y -- pleuritis inespecíficas, otras lesiones adicionales incluyen -- inflamación de pequeñas arterias, fibrosis pulmonar, infiltración de células redondas, en músculo esquelético y perineo e hiperplasia de ganglios linfáticos. También puede haber amiloidosis secundaria (I-4).

La artritis reumatoide puede comprometer estructuras del oído medio e interno. Se ha descrito la afección de la cadena osicular con hipoacusia conductiva, asociada a exacerbaciones agudas de la afección sistémica, con mejoría rápida de los síntomas otológicos y periféricos después de administrar terapéutica esteroidea (5).

En los datos de laboratorio suele haber anomalías de las proteínas séricas. En más de 75% el suero presenta factor reumatoide positivo y anticuerpos IgM elevados. Los títulos altos de factor reumatoide suelen acompañarse de una afección reumatoidea grave. También pueden estar elevados en varios otros factores que incluyen sífilis, sarcoidosis, endocarditis infecciosas, tuberculosis, lepra, e infección parasitarias, así como en pacientes con edad avanzada y en familiares asintomáticos -- de pacientes con enfermedades autoinmunitarias. Con frecuencia es posible demostrar anticuerpos antinucleares, aunque sus títulos son más bajos en la artritis reumatoide que en el lupus eritematoso sistémico. Durante las fases agudas y crónicas están típicamente elevados el índice de sedimentación de los eritrocitos y las globulinas, más comunmente IgM e Ig G. En las formas graves de artritis reumatoide se encuentra valores bajos de complemento en líquido sinovial (I-5).

Las alteraciones otorrinolaringológicas pueden ser variadas. La afección del oído se ha reportado inconstante.

Goodwill C y Colaboradores vigilaron 76 pacientes con artritis reumatoide, con ausencia de antecedentes de enfermedad ótica, sin comprobar la relación entre la actividad de la artritis y la pérdida auditiva. Sin embargo descubrieron que los pacientes con nódulos reumatoide tenían una frecuencia mayor de hipercusia sensorial, lo que les hizo sospechar la posibilidad-

de artritis de los vaso-nervorum (2-5). Reiter D y Myers A descubrieron un componente de conducción en 3 de 23 pacientes (13%) y una pérdida sensorial inexplicable en 11 de los mismos (48%) con anormalidad de 39% de los casos, lo que sugirió un aumento en la rigidez de las estructuras del oído medio, probablemente asociado a fijación ligamentosa (2-5).

En la nariz destaca el compromiso de la mucosa. Matheus J reportó 7 casos de perforaciones septales espontáneas en pacientes con reumatoide, siendo la vasculitis una posible causa de la perforación (5).

La afección articular compromete también a la laringe. En 1861 Debrause reportó el primer caso en la literatura de un cuadro de artritis laringea. Morel Mackenzi describió las manifestaciones laringeas de la artritis reumatoide y Montgomery W que la artritis cricoaritenoides se presentó en 26% de 5 pacientes. En estudios postmortem la prevalencia de artritis cricoaritenoides varía entre 45 a 88% y los datos clínicos se han descrito sólo en el 26 al 53%, (2,49). Histológicamente se observan sinovitis, depósitos y fibrina, formación de pannus en la superficie articular con posterior erosión con fibrosis, ocasionalmente con presencia de tejido óseo (2,3,8). Los síntomas y signos del área laringológica pueden ser agudos o crónicos como disfonia, disfagia, sensación de cuerpo extraño, disnea recurrente, estridor, disfagia, odinofagia, engrosamiento y fijación arite-

noidea, edema de la glotis posterior y trastornos de la motilidad de las cuerdas vocales. (el más frecuente es en la aducción de las mismas) (2,5,7).

Durante la exploración física, las cuerdas vocales arqueadas indican fijación aritenoidea (5). Se ha observado eritema y/o edema de la mucosa de los aritenoides en el 50% de los casos -- (2,9).

Chalmers y Blair estudiaron las articulaciones temporomandibulares en 100 pacientes con artritis reumatoide, encontrando anomalías clínicas en el 71% de los casos, siendo en orden decreciente de frecuencia: crepitación, limitación de la apertura bucal, chasquido palpable o audible, desviación del maxilar inferior hipersensibilidad por palpación rigidez articular, -- dolor directo o referido y subluxación de la articulación (2,9).

Jurik y Pederson observaron en radiografías de bajo voltaje, erosión cricoaritenoidea en 45% de los casos, siendo asintomática en el 59% (2,9). Se ha observado calcificación simétrica del cartilago aritenoide con faceta articular visible (8).

En el Servicio de Reumatología del Hospital de Especialidades del Centro Medico "LA RAZA" la artritis reumatoide se -- diagnosticó de primera vez en 190 pacientes durante 1992 de -- acuerdo a los diferentes reportes pueden presentar alteraciones

otorrinolaringológicas el 26 a 53%. A pesar de que ésta enfermedad es frecuente en nuestro hospital no se había realizado un estudio para identificar éste tipo de manifestaciones, lo que es importante para fundamentar un protocolo de estudio para su valoración integral que permita la detección temprana y tratamiento oportuno de las repercusiones de la enfermedad de la región de la cabeza y cuello.

OBJETIVO

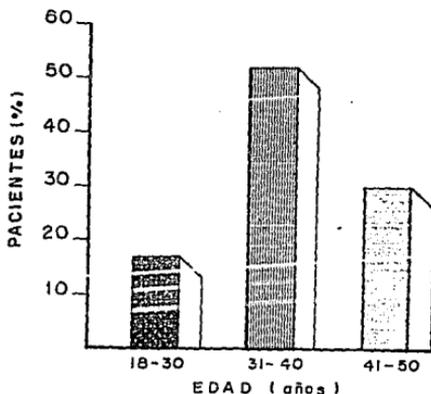
Determinar la frecuencia de las manifestaciones clínicas otorrinolaringológicas en pacientes -- adultos, portadores de Artritis Reumatoide, en el Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIAL Y METODOS

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION:

En el servicio de otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico "La Raza", se valoraron 65 pacientes adultos portadores de artritis reumatoide, diagnosticada en el servicio de Reumatología del mismo Hospital, durante los meses de junio de 1993 a Agosto de 1994; de los cuales se excluyeron 25 por presentar patología otorrinolaringologica previa y se seleccionaron 40 para su estudio, todos mujeres de 22 a 50 años (36.5 ± 6.8), con una evolución de la enfermedad de 1.5 a 18 años (9.8 ± 4.3).

GRAFICA I
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE
LOS PACIENTES ESTUDIADOS



CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION:

- I.- Pacientes masculinos o femeninos de 19 a 50 años de edad.
- 2.- Portadores de artritis reumatoide diagnõstica en el servicio de Reumatología del Centro Médico "La Raza" de acuerdo a los criterios de la Sociedad Americana de Reumatología.
 - a). Rigidez matutina de al menos una hora diaria durante un mínimo de 6 días.
 - b). Inflamación de muñecas, articulaciones metacarpofalángicas durante 6 ó más semanas.
 - c). Inflamación de 3 ó más articulaciones durante un mínimo de 3 semanas.
 - d). Inflamación articular simétrica.
 - e). Cambios radiográficos en manos, características de -- artritis reumatoide, que deben incluir erosiones o -- descalcificaciones óseas.
 - f). Factor reumatoide en suero.
 - g). Con consentimiento informado para participar en el -- estudio.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- 1.- Pacientes con enfermedad otorrinolaringológica o predisponente para la misma, previa al diagnós-- tico de enfermedad difusa de la colágena.
- 2.- Pacientes con diagnóstico inconcluso de artritis reumatoide.
- 3.- Pacientes que no desearán participar en el estudio.
- 4.- A quienes por algún impedimento físico o mental, no se les pudieran realizar los estudios propues tos de forma confiable.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.- Pacientes a los que durante el estudio se les de tectará otra enfermedad otorrinolaringológica -- como causa de sus manifestaciones clínicas.
- 2.- Quienes decidieron abandonar el estudio.
- 3.- Aquellos casos en los que no se completaron los estudios propuestos por cualquier causa (enferme dad intercurrente, fallas técnicas, etc.).

PROCEDIMIENTO

A los pacientes seleccionados en la consulta externa del Servicio de Reumatología del Centro Médico "La Raza" se les -- realizó:

-Historia clínica completa con interrogatorio intencionado hacia las manifestaciones otorrinolaringológicas. (Incluyendo síntomas y signos).

-Exploración física otorrinolaringológica que incluyó: -- exploración de cavidades oral y nasal, laringoscopia indirecta, otomicroscopia y exploración de cuello.

Se identificó la presencia de: epistaxis, obstrucción nasal, perforación septal, disfagia, tos odinofagia, faringitis, amigdalitis, hipertrofia parotídea, disfonía, laringitis, disnea estridor, úlcera, parálisis de cuerdas vocales, corditis, -nódulos, artritis cricoaritenóidea, otalgia refida, limitación de la apertura bucal, chasquido palpable o audible, dolor a la masticación, hipoacusia, vértigo, y acúfenos.

La valoración de la función auditiva y vestibular se -- efectuó mediante:

-Audiometría tonal por vía aérea ósea, en las frecuencias-- de 125 a 8000 Hz.

-Logoaudiometría con la presentación de monosílabos sin sentido a 20, 40 y 60 dB HL.

-Impedanciometría con registro de timpanograma y determinación de umbrales de reflejo estapedial en las frecuencias de .5, 1, 2 y 4 Hz.

-Estudio vestibular con exploración de nistagmus espontáneo, sacadas oculares, rastreo pendular, nistagmus optocinético, pasivo, estimulación térmica con agua de 30°C y 44°C durante 30 segundos con inhibición visual de los 60 a 75 segundos de iniciada la prueba.

-Búsqueda de nistagmus postural con cada oído hacia abajo, en posición intermedia y con cabeza colgante.

-Se realizó giroelectronistagmografía a los pacientes con respuesta alterada a la estimulación térmica, efectuando se estimulación con giro pendular alternante en condiciones de inhibición visual, fijación visual y optovestibular.

A todos se les realizó tomografía lineal de laringe.

La información obtenida se captó y posteriormente se --
concentró para su análisis estadístico.

RECURSOS MATERIALES

El instrumental para la exploración otorrinolaringológica y el siguiente equipo:

- Audiómetro marca Interacustic. Modelo AC3 con reproductora.
- Cámara sonoamortiguadora.
- Impedanciómetro modelo A 27 con registro AG 3.
- Electronistagmógrafo marca Racia 74-5.
- Sillón de giro automático marca Racia CFPP 77.
- Tomógrafo lineal marca Siemens modelo Tridoros 712.

PARAMETROS PARA EL ANALISIS DE RESULTADOS

La audiometría tonal se consideró de acuerdo a la estandarización ANSI 1969, calificando como umbrales normales los - - menores de 20dB, hipoacusia superficial, de 20 a 40dB media de 40 a 70dB severa y profunda de más de 90dB. La logaudiometría se calificó como normal cuando se obtuvo discriminación fonémica del 100% a 40dB HL sin regresión fonémica.

Impedanciometría se clasificó el registro timpanográfico de acuerdo a las curvas de Jerger en A, As, Ad, B y C Considerando normal sólo la curva tipo A.

Reflejo estapedial presente a 80+-10 dB del umbral tonal del paciente.

Estudio Vestibular sin nistagmus espontáneo postural, - - movimientos sacádicos, de deriva y optoquinético pasivos conservados. Respuesta a la estimulación térmica de 90 a 130 segundos de duración simétrica.

El análisis estadístico se efectuó mediante estadística -

descriptiva. Calculando las medidas de tendencia central y de dispersión con presentación en tablas y gráficas.

RESULTADOS

Al interrogatorio intencionado los pacientes reportaron - la sintomatología otorrinolaringológica que se aprecia en la - tabla I.

La manifestación nasal referida con mayor frecuencia fue - la sequedad nasal (35%), seguida por epistaxis (32.5%). La - - cavidad oral presentó expresión clínica aislada principalmente por odinofagia (10%). En laringe destacó la disfonía, asociada tanto a períodos de actividad reumática (7 pacientes) como de abuso de la voz (5 pacientes). La afección ótica se caracterizó por el reporte de otalgia referida (27.5%) en algunos casos -- asociada a hipoacusia y/o acúfeno, en tanto que la vertigo - - fué más frecuente (30%). La articulación temporomandibular se encontró comprometida en más de la tercera parte de los casos - con Sx de costen en el 37. 5% de los mismos.

TABLA I.

SINTOMAS DEL AREA OTORRINOLARINGOLOGICA REFERIDOS AL INTERROGATORIO.

SINTOMAS	No. CASOS	PORCENTAJE
EPISTAXIS	13	32.5%
SEQUEIDAD NASAL	14	35.0%
OBSTRUCCION NASAL	9	22.5%
HIPOSMIA	5	12.5%
DISFAGIA	3	7.5%

SINTOMAS	No. CASOS	PORCENTAJE
ODINOFAGIA	4	10.0%
FARINGITIS	3	7.5%
AMIGDALITIS	5	12.5%
TOS	7	17.5%
DISFONIA	8	20.0%
LARINGITIS	3	7.5%
DISNEA	2	5.0%
HIPOACUSIA	9	22.5%
VERTIGO	6	15.0%
OTALGIA REFERIDA	11	27.5%
ACUFENO	11	27.5%
DOLOR A LA MASTICACION	8	20.0%
DOLOR ARTICULACION T. M.	13	32.5%
CHASQUIDO PALPABLE O AUDIBLE	7	17.5%
LIMITACION APERTURA BUCAL	10	25.0%
SINDROME DE COSTEN	15	37.5%

La exploración física permitió identificar diversos signos, los señalados en la tabla II.

TABLA II

**PRINCIPALES SIGNOS OTORRINOLARINGOLOGICOS
IDENTIFICADOS A LA EXPLORACION.**

SIGNOS	No. CASOS	PORCENTAJE
SEQUEZAD NASAL	14	35.0%

SIGNOS	Nº. CASOS	PORCENTAJE
LIMITACION APERTURA BUCAL	10	20.0%
CHASQUIDO PALPABLE O AUDIBLE	7	17.5%
SINDROME DE COSTEN	15	37.5%

Los pacientes refirieron afección nasal, epistaxis, obstrucción nasal e hiposmia. Mediante la Rinoscopia fué posible apreciar sequedad en 14 pacientes (35.0%).

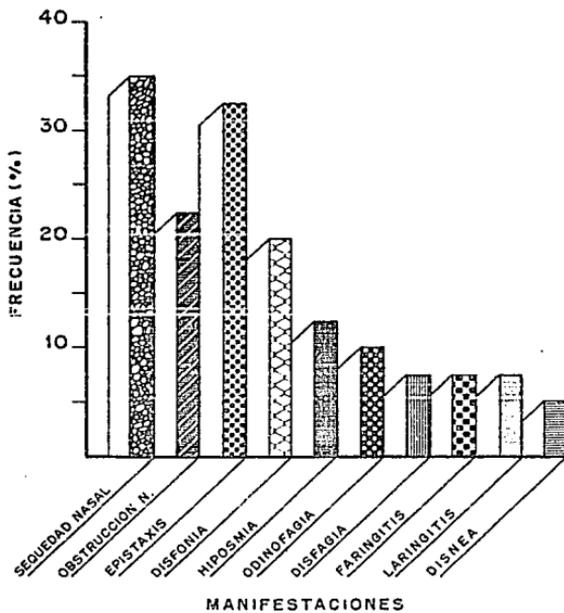
En la cavidad oral se reportó: disfagia odinofagia, faringitis y amigdalitis, con mayor predominio la odinofagia en 4 pacientes (10.0%).

La laringoscopia indirecta mostró edema de bandas ventriculares en 5 pacientes (12.5%), apreciable en la tomografía líneal en 4 pacientes de los mismos.

Al valorar la articulación temporomandibular fué importante la detección de limitación de la apertura oral en el 25% de los casos (10 Pacientes).

Es de gran interés apreciar en conjunto los signos y síntomas de vías aéreas superiores entre los que destaca el compromiso nasal (Gráfica II).

GRAFICA II
MANIFESTACIONES DE COMPROMISO DE VIAS AEREAS
SUPERIORES



El estudio audiológico mostró umbrales de percepción sonora en límites normales (tabla III).

TABLA III

PROMEDIO DE UMBRALES TONALES OBTENIDOS
EN LA AUDIOMETRIA TONAL.

PROMEDIO DE FRECUENCIAS	MEDIAS (DB HL)	DESVIACION ESTANDAR (DB HL)
BAJAS	DERECHA	15.75+-5.53
	IZQUIERDA	16.5+-5.14
MEDIAS	DERECHA	15.25+-5.35
	IZQUIERDA	14.5+-4.15
ALTAS	DERECHA	13.5+-4.76
	IZQUIERDA	14.53+-4.55
TOTAL	DERECHA	13.94+-4.16
	IZQUIERDA	15.39+-4.35

La logaudiometría mostró una discriminación fónemica de - 100% a 40dB sin regresión en todos los casos.

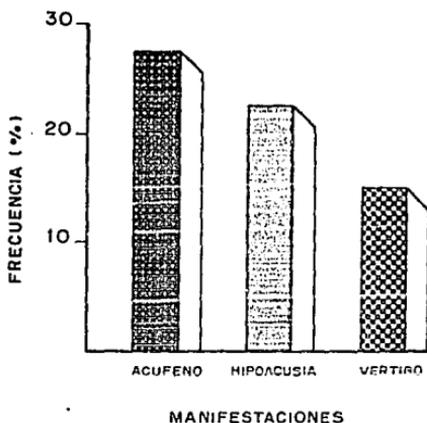
Los registros timpanográficos clasificacos de acuerdo a -- Jerger, se identifican en la tabla IV. Es de interes destacar - la presencia de hipomovilidad del complejo timpano-ósicular en- 55% de los oídos valorados no obstante la ausencia de enferme-- dad ótica diagnósticada previamente. El registro de reflejo eta pedial se apreció alterado en 3 casos (75%), todos con promiso- asociado de la movilidad timpánica y compromiso faringoamigdali no de repetición.

TABLA IV RESULTADOS DE LA TIMPANOMETRIA.

TIPO DE CURVA	Nº. OÍDOS	PORCENTAJE
A	29	80.5%
As	48	120.0%
Ad	9	22.5%

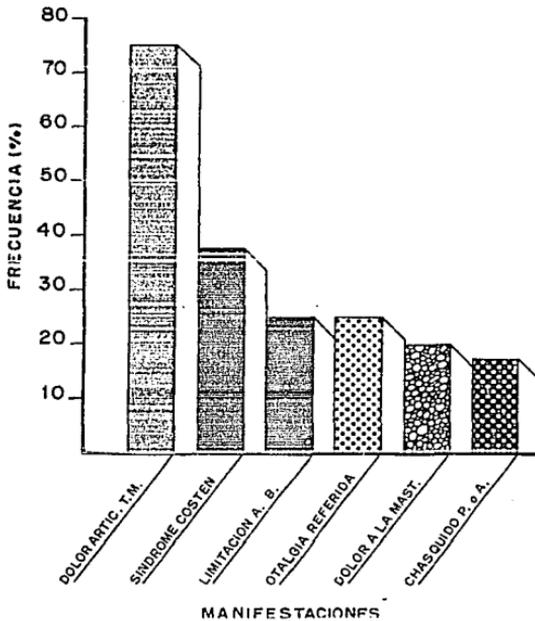
Seis de los pacientes (30%) presentaron vértigo objetivo, - pero el compromiso vestibular se encontró sólo en 2, con pare-- sia unilateral, por lo que se le realizó giroelectronistagmogra fía corroborandose afección vestibular derecha parcialmente com pensada con datos de compromiso central de probable etiología - hipóxica.

GRAFICA V
MANIFESTACIONES OTOLÓGICAS



Entre las manifestaciones de la articulación temporomandibular, predominó el síndrome de costen en 15 pacientes (37.5%) y en menor frecuencia el dolor de la articulación en 13 pacientes (29%). A la exploración física destacó la limitación de la apertura bucal en 10 pacientes (25%) (Gráfica VI).

GRAFICA VI
MANIFESTACIONES DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR



DISCUSION:

En éste estudio se valoraron 46 apcientes con artritis reu-
matoide excluyendo 26 por: otitis media crónica 4, trauma acus-
tico 9, cortipatía viral 2, paladar hendido 1, Rinitis Alergica-
1, Desviación septal 1, cuadros faringoamigdalinos frecruentes-
3, por estudio incompleto 4. En la poblaci6n estudiada se obser-
v6 franco predominio del sexo femenino, 100% de los pacientes -
seleccionados, mäs de lo esperado pues en la literatura se re-
porta relaci6n 3:1. Se excluyeron pacientes masculinos. La - -
edad de presentaci6n fu6 en adultos juvenes (36.8+-6.36) de - -
acuerdo a reportes previos (1-4).

Durante la valoraci6n se identificaron diversas manifesta-
ciones otorrinolaringol6gicas, entre las nasales destacaron la-
segedad nasasl (35%) seguida por epistaxis (32.5%) debida a --
compromiso de mucosa. En la literatura internacional se reporta
como causa de arteritis de los vaso-nervorum (1=5), probable --
etiología en nuestros pacientes.

La principal manifestaci6n laringea fu6 la disfonía asocia-
da a períodos de actividad reumatoide 8 pacientes con abuso de
voz, en el 60% de los mismos. A la laringoscopia indirecta se -
observ6 edema de bandas ventriculares en el 12.5%, apreciable--
en la tomografía lineal en 4 de los mismos.

La afección ótica se caracterizó por el reporte de otalgia referida (27.5%) en algunos casos asociado a hipoacusia y/o -- acúfeno, en tanto que el vertigo fué más frecuente (30%). La -- pérdida auditiva reportada en la literatura internacional es va riable y se refiere como secundaria a compromiso del oído medio e interno (I-5). En el presente trabajo se observo relacionada al compromiso del oído medio unicamente.

La articulación temporomandibular se encontró comprometida en más de la tercera parte de los casos con síndrome de costen en 37.5% de los mismos. Sin embargo se presentó con larga evolución (más de 5 años) en 6 pacientes (30%) y con complicación -- ótica (síndrome de costen) en 37.5% sin haberse identificado -- previamente, hecho que reitera la importancia de un interrogato río y exploración intencionados.

Otras alteraciones otológicas incluyeron las manifestaciones por limitación de la movilidad del complejo timpano-oscicular con curvas de tipo As registradas en el timpanograma, hecho relacionado con los reportes de la literatura (1-5). Los pacientes con disminución auditiva en 25dB en frecuencias bajas refirieron infecciones de vías aéreas superiores de repetición. Aquellos que cursarón con vértigo su sintomatología se puede relacionar con afección ototubaria secundaria a esté tipo de compromiso por disfunción de la Trompa de Eustaquio.

Se verificó la importancia de una adecuada valoración clínica completa intencionada para la detección oportuna de las manifestaciones. Ya que el interrogatorio reveló sintomatología diversa, así como datos importantes para el pronóstico de la enfermedad, por permitir ofrecer un tratamiento oportuno con limitación de secuelas.

CONCLUSIONES:

- 1.- Los pacientes con Artritis Reumatoide pueden presentar manifestaciones otorrinolaringológicas.
- 2.- Las alteraciones laringeas asociadas a Artritis Reumatoide deben buscarse en forma intencionada.
- 3.- Los estudios de imagen proporcionan información complementaria útil en el diagnóstico de las alteraciones otorrinolaringológicas relacionadas a Artritis Reumatoide.
- 4.- La afección de la articulación temporomandibular es frecuente en pacientes con Artritis Reumatoide de más de 5 años de evolución.
- 5.- Los pacientes con Artritis Reumatoide pueden presentar - - afección de mucosas nasal y oral.
- 6.- Los pacientes con Artritis Reumatoide pueden cursar con compromiso óptico de curso subclínico.
- 7.- Es importante la valoración otorrinolaringológica en pacientes con Artritis Reumatoide para el diagnóstico oportuno de las posibles complicaciones otorrinolaringológicas.

SUGERENCIAS:

Es de gran importancia que los Médico que atienden pacientes con Artritis Reumatoide tengãn presente las manifestaciones otorrinolaringológicas de está enfermedad, ya que a través de su búsqueda intencionada se puede ofrecer un tratamiento oportuno y prevenir complicaciones con limitación de secuelas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Valdovinos Af, Gutiérrez MJ. Alteraciones auditivas en pa-
cientes con artritis Reumatoide y su correlación con Anti-
cuerpos antinucleares. An Soc Mex Otorrinolaringol 1992;
37:271-5.
- 2.- Brooker Ds. Rheumatoid Arthritis: Otorhinolarugological -
Manifestaciones. Clin Otolaryngol 1988;13:239-46.
- 3.- Berruecos VP, Toral MR, Katona SG. Patología vocal en Ar-
tritis Reumatoide. An Soc Mex Otorrinolaringol 1992;4: --
375-80.
- 4.- Toral MR, Berruecos UP. Tesis para obtener titulo de Espe-
cialidad de Médico Foniatra, Departamento de Audiología y
foniatria, Hospital General de México D.F. 1990
- 5.- Standefer JA, Mattox DE. Enfermedades de la colágena vas-
cular en cabeza y cuello. Clin Otorrinolaringol North Am-
1986;4:186-215.
- 6.- Berger P, Hilman M, Tabak M, Vollrath M. The Lymphocyte -
Transformation Test Whit Tipe II Colagen as a Diagnostig-
Tool of Autoimmune Sensorineural Hearing. Loos. Laryngos-

cope 1991;101:895-9.

- 7.- Helfgott SM, Mosciski RA, Lorenzo C, Nadol J. Correla-
tion Between Antibodies To Tipe II Colagen and Treatment-
Outcome in Bilateral Progressive Sensorineural Hearing - -
Loos. Lancet 1991;337:387-8.

- 8.- Gatland DS, Keene MH, Brookes JD. Cricoid Necrosis Larun-
geal Rheumatoid Arthritis. J Laryngol Otol 1988;102:271-5.

- 9.- Geterud A, Bake B, Berthelsen B, Ejnell H. Laryngeal in-
volvemente in Rheumatoid Arthritis. Acta Otolaryngol - --
(Stock) 1991;11:990-8.