

11236  
24.  
Ry



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
"HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE"  
I. S. S. S. T. E.**

**PATOLOGIA OTORRINOLARINGOLOGICA EN  
PACIENTES CON ANTECEDENTES DE  
ENFERMEDAD TIROIDEA**

**TESIS DE POSTGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
E S P E C I A L I S T A E N  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
P R E S E N T A :**

**DR. JULIO CESAR AUGUSTO MENA AYALA**



**ISSSTE**

MEXICO, D. F.

1990



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.

- I N D I C E -

I		
INTRODUCCION.....		2
II		
ANTECEDENTES .....		4
III		
MATERIAL Y METODO.....		7
IV		
RESULTADOS.....		8
V		
ANALISIS Y CONCLUSIONES.....		14
VI		
CUADROS Y GRAFICAS.....		17
VII		
BIBLIOGRAFIA.....		24

- INTRODUCCION -

La glándula tiroides es uno de los principales rectores de la hemostasis en el humano. Su localización y efectos metabólicos hacen a la glándula una área de atención para el otorrinolaringólogo.

La unidad funcional de la glándula tiroides es el folículo. Estructura esférica de 200 a 300 micras, cubierto por epitelio cilíndrico cuya altura -- depende de la estimulación de la glándula. Secreta dos hormonas; la Triyodotironina (T3) y la Tetrayodotironina (T4), en las que el Yodo es su elemento principal. (8, 12)

Libres en la circulación T3 y T4 se diseminan en el organismo produciendo cambios específicos según el sistema de la economía que activen. Estos cambios se agrupan bajo: Acciones y Efectos. Los primeros dependen de la presencia de la hormona y son observables casi inmediatamente, los segundos tienen un periodo de latencia y se consideran consecuencia de los primeros. (8, 12)

Los sistemas metabólicos que en forma más importante se modifican son: El metabolismo carbohidrato y la calorigénesis, el metabolismo hidroelectrolítico, proteico y vitamínico, el muscular, cardiovascular, hematopoyético, etc.

Aunque se sabe que la glándula y sus hormonas no son esenciales para -- la vida, su adecuada regulación por el eje hipotálamo/hipofisis/tiroides, -

llevará a el individuo a un estado integral de homeostasis. (8, 12, 13)

La patología tiroidea clásica se ha clasificado por el grado fisiológico de producción, distribución, eliminación y calidad de las hormonas tiroideas. Dividiéndose en Hipotiroidismo (disminución en el índice metabólico tiroideo), e Hipertiroidismo (aumento en el índice metabólico tiroideo). Las causas por las que se llegan a estos efectos metabólicos van desde congénitas hasta adquiridas, siendo de índole relevante los procesos inmunológicos y tumorales. (11)

## ANTECEDENTES

El estudio de la patología tiroidea y sus repercusiones no son un tópicos nuevo, ni en "voga", pues se tienen descripciones de las manifestaciones del hipotiroidismo en bibliografía de la India en el año 144 a.C. (8) o descripciones de hipotiroidismo en el siglo XIII, o estudios como los del Inglés Pendred en 1886 informando sobre un síndrome de hipotiroidismo y sordera. Disparándose de ahí en adelante descubrimientos importantes como el de la tiroiditis de Hashimoto en 1912 o los trabajos de Adams y Purves, demostrando cambios en la concentración del factor liberador en 1956. (8, 12)

Muchos endocrinólogos han tratado de agrupar la patología tiroidea en grupos y clases etiológicas específicas, pero probablemente la mejor descripción de éste tipo la realizó el Dr. Inghar en 1968 en su libro "The Thyroid Gland" (8). Dando como ejemplos de enfermedades hipertiroides a la enfermedad de Graves. con: nerviosismo 99%, hiperhidrosis 91%, intolerancia al calor 89%, taquicardia 100%, bocio 97%, etc. Para los cuadros Hipotiroideos marca: debilidad 99%, piel gruesa, seca 97%, voz lenta 90%, constipación - 61%, disnea 55%, aumento de peso 83%, sordera 30%.

Con respecto a los intentos por los otorrinolaringólogos para relacionar enfermedades del tiroides y patología otorrinolaringológica (ORL), se han descrito muchos casos aislados de enfermedades inmunológicas, tumorales, cuadros familiares y/o únicos de síndrome de Pendred (8, 14, 15, 16). Los trabajos más completos hasta el momento son los del Dr. Paparella en su libro de 1985, en el que habla de enfermedad tiroidea asociada a hipoacusia, -

ya sea congénita o adquirida. (10)

Hasta ahora sólo podemos agrupar a grandes grupos sindrómicos que tienen alteraciones ORL, como: Hipotiroidismo congénito, Bocio endémico, Síndrome de Pendred, Bocio intratracal. (8, 17, 22) éstos con déficit metabólico. Alteraciones de la piel, temblores musculares que causan acúfenos y patología inusual como el síndrome de Sipple y el neuroma de la mucosa en los trastornos del aumento del índice metabólico.

Sabemos que para el médico entrenado en las diferentes entidades endocrinológicas la enfermedad tiroidea no importando cual sea su disfunción es fácilmente detectable para él, pues su sintomatología es florida y por lo tanto su adecuado tratamiento instituido con el fin de llegar a un estado de eutiroidismo. El mantener el equilibrio posterior, es responsabilidad de ambas partes (Médico-Paciente). En este intento se han detectado un número considerable de pacientes que cursan con enfermedad tiroidea en ese momento controlados y síntomas ORL como; vértigo, acúfenos, hipoacusia, disfonía, cuadros faringeos frecuentes y rebeldes a tratamiento, obstrucción nasal, etc. Sintomatología que se podría relacionar o no con los efectos de la patología tiroidea.

Hasta el momento en la literatura mundial revisada por nosotros no se ha encontrado ningún estudio que agrupe, clasifique, muestre o codifique síntomas y signos ORL en pacientes con antecedentes de enfermedad tiroidea. (controlados)

Por lo que nuestro estudio está enfocado al conocimiento de la prevalencia de síntomas, signos clínicos y de gabinete en éste tipo de pacientes, — así como el tratar de relacionar un fondo común entre las patologías ORL y — tiroideas.

## MATERIAL Y METODO

Se seleccionaron 35 pacientes todas mujeres referidas a nuestro servicio con el antecedente de enfermedad tiroidea (Eutiroideas en el momento actual), con diversas manifestaciones ORL.

**Criterios de Inclusión:** Pacientes eutiroideos con el antecedente de enfermedad tiroidea y síntomas de oído, nariz y garganta. No importando edad o sexo. **Criterios de Exclusión:** Pacientes que además del trastorno tiroideo sean portadores de enfermedades como Diabetes mellitus, enfermedades de la colágena, síndromes congénitos de 1o. y 2o. arco, tumores de nasofaringe, cati-roideo activo o metastasis de otras tumoraciones a cabeza y cuello. **Crite- -**rios de eliminación: Pacientes que durante el estudio se detecten las patolo- logías antes mencionadas o enfermedades crónicas del sistema nervioso central, tumores del ángulo ponto-cerebeloso y enfermedades psiquiátricas.

El interrogatorio, la exploración física, así como los estudios comple-- mentarios se vaciaron a una ficha especial de recolección de datos. Quedando al final del estudio dos grupos principales según el antecedente de enferme-- dad tiroidea (Hipotiroideos (I) e Hipertiroideos (II) ), así como sub-gru- pos para cada uno de los órganos ORL. A los cuales se les dió manejo estadís- tico, obteniéndose los siguientes resultados.

## RESULTADOS

35 pacientes fueron seleccionados para éste estudio, los cuales llenaron los requisitos antes mencionados. Todos correspondieron al sexo femenino, con edades que fluctuaban entre los 14 y los 75 años con un promedio de 44.7 años.

De ellas (cuadro 1), 30 pacientes el 85% quedaron en el grupo de hipotiroidismo y el 15%, 5 pacientes, en el de hipertiroidismo. Los diagnósticos de envío a ORL variaron, encontrando: Síntomas nasales 13 pacientes (38%); síntomas óticos 7 pacientes (20%) y síntomas faringeos en 15 pacientes (42%)

Mientras que los diagnósticos endocrinológicos de envío fueron: Bocio simple; 8 casos, 23%. Nódulos tiroideos frios; 5 casos, 15%. Ca Tiroideo (inactivo): 4 casos 11%. Enfermedad de graves; 6 casos, 17%. Hipotiroidismo juvenil o del adulto; 11 casos, 31%. Causas iatrogénicas; 1 caso, 3%. Es importante aclarar que éstos son los diagnósticos de ingreso a endocrinología y por los que se les indicó un tratamiento, quedando como evolución natural del tratamiento estados Eutiroideos, Hipotiroides o Hipertiroideos. (Cuadro 2)

La prevalencia en la sintomatología, se presentó de la siguiente forma: HIPOTIROIDEOS (GRUPO I) - HIPERTIROIDEOS (GRUPO II).

Subgrupo Oldo; (Cuadro 3). GRUPO I 18 casos, 60%. Acúfenos 8 pacientes lo refirió de tono alto (27%) y 8 de tono bajo (27%). El 23% (7 casos) - mencionó el acúfeno en forma continua, y el 30% en forma intermitente, marcándolo todos como subjetivo. Vértigo; 12 refirieron vértigo (40%). 3 casos lo mencionaron como continuo (10%) y 9 (30%) como intermitente. 10 de ellos marcaron exacerbación al cambio posicional 33%.

Hipoacusia 33% la refirieron como leve, 10 casos y 27% como moderada 8 casos, el tiempo promedio de la sintomatología ótica fué de 2.5 años. Otorrea: Un solo caso con otorrea amarilla, intermitente, 3%. Síntomas tubarios; el 50% refirió chasquido de apertura, 57% plenitud ótica y el 50% ecofonía. (15, 17 y 15 casos respectivamente).

GRUPO II: Acúfeno de tono alto, intermitente, subjetivo presente en 3 pacientes, correspondiendo al 60% de ésta muestra. Vértigo: Subjetivo, intermitente, posicional en 2 casos, (40%). Hipoacusia leve en un caso - (20%). Síntomas tubarios; chasquido de apertura en el 60% (3 casos). Plenitud ótica y ecofonía en el 20%, (1 caso).

Subgrupo Nartz; GRUPO I; (Cuadro 4), total de casos 17, 57%. Síndrome - de obstrucción nasal el 6% lo refirió unilateral, el 43% bilateral y el 10% vasculante, con rinorrea anterior en un 43% y posterior en un 46%, siendo hialina 33%, amarilla en un 20% y verdosa en el 12% de los pacientes.

El 16% refirió prurito nasal, así como el 10% estornudos en salva, ce-  
faleas y algias: refirieron como sitio único o combinado de cefalea; 17%  
frontal, 10% nasal, 12% etmoidal, 7% temporal, 10% occipital y el 7% como  
hemicránea. Mencionándolo como pesantes en el 21% y como dolor punzante  
en el 7%. Epistaxis; el 21% de los pacientes refirió epistaxis, el prome-  
dio de presentación de los síntomas nasales fué de 4 años.

GRUPO II: Refirieron síndrome de obstrucción nasal unilateral el 20% (1 -  
caso), bilateral en 2 casos, correspondiendo al 40%. Con respecto a la -  
rinorrea 3 pacientes la mencionaron como anterior y posterior en forma es-  
casa (60%). El prurito nasal y los estornudos en salva los marcaron como  
positivos el 40%.

Cefaleas y algias; se manifestaron con cefalea frontal 60%, etmoidal  
60%, nasal en el 40% de los casos, todos refiriéndola como dolor de tipo -  
pesantes.

SUBGRUPO FARINCE: (Cuadro 5) GRUPO I; 17 pacientes correspondieron al 56%,  
en los que se encontró, tos en el 40% como tos ocasional y 10% con tos en  
accesos, con necesidad de garraspeo en el 56% y expectoración en el 17%. -  
Rinorrea posterior; 56%, indicándola como escasa en el 43% y abundante en  
el 13%.

Fué positivo el síntoma de halitosis en el 30% de los pacientes.

GRUPO II: Tos ocasional y sensación de garraspeo en el 40% de los pacientes. Rinorrea posterior abundante en el 60% de los casos (3casos). Fue positivo el sintoma halitosis en el 40%.

SUBGRUPO LARINCE: (Cuadro 5) GRUPO I; 14 pacientes 46%. Manifestaron disfonía continua el 13% e intermitente el 33%, presentando exacerbación de este sintoma con la fatiga vocal el 16%.

Un paciente usa actualmente traqueotomía (3%), y el 16% refirió aumento de volumen en cuello.

GRUPO II: Presentaron disfonía intermitente que se exaceba con la fatiga vocal 3 pacientes (60%), y aumento de volumen en cuello un paciente (20%).

EXPLORACION FISICA. (Sólo datos positivos).

GRUPO I: (Cuadro 6); Nariz; Desviaciones septales quirúrgicas en 5 pacientes (16%), con mucosas hiperémicas en el 33% y mucosas pálidas en el 26%.

La secreción hialina predominó en un 63%, la amarilla 33% y la verdosa en un 23%.

Nasofaringe; El 16% de los pacientes se encontró con descarga retrorrenal activa. Cavidad Oral y Faringe; 2 casos el 6% mostró angioedema de labios.

El 23% presentó amígdalas hipertróficas con caseum. 8 pacientes el 26% se encontraron amigdalectomizados.

Oído: Membrana timpánica opaca, hipomóvil, ligeros engrosamientos en 15 pacientes (50%) de los cuales 10 correspondían a oídos derechos (33%) y 5 a oídos izquierdos (17%). Un caso con perforación amplia aprox. 60%.

Se presentó nistagmus posicional en el 33% de los pacientes explorados en todos con romberg negativo.

Cuello; adenomegalias palpables en 33% de los pacientes.

GRUPO II: (Cuadro 7). Nariz; 5 casos con mucosas pálidas y moco hialino — (100%). Nasofaringe; sin patología evidente. Cavidad oral y faringe; mucosa granulosa, pálida en 3 casos (60%). Oídos; otoscópicamente normales. Cuello sin adenomegalias palpables, un paciente con aumento de volumen a expensas de la glándula tiroides 2 veces su tamaño normal.

#### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

GRUPO I: (Cuadro 8) Audiológicos; Audiometría tonal, Hipoacusia neurosensorial 12 casos (40%) con un promedio de pérdida de 30 dcb. Rango de 20 a 400 cb. Hipoacusia sensorial 1 caso por oído perforado. Longoaudiometría, en promedio a los 40 dcb 90% para el oído afectado.

2 pacientes el 6% con datos sugestivos de Otoesclerosis.

RADIOLOGICOS: Radiografías de senos paranasales; 18 estudios normales 60%.  
9 con engrosamiento difuso de mucosa de senos etmoidales (30%) y 2 casos -  
con engrosamiento de mucosa del seno maxilar (6%).

LABORATORIO: 12 casos el 40% mostró en sus cultivos nasal y faringeo.

#### Estafilococo Dorado

Todos los pacientes reportaron perfil tiroideo, biometría hemática, —  
química sanguínea, y examen general de orina dentro de límites normales.

Se intervinieron quirúrgicamente 5 pacientes; operación realizada, —  
septumplastia.

#### GRUPO II

LABORATORIO: Un paciente cultivo de secreciones nasal y faringea Estafilo-  
coco Dorado, (20%).

No se encontraron datos patológicos en estudios audiométricos o radio-  
lógicos, así como en su perfil tiroideo, biometría hemática, química sangui-  
nea y examen general de orina.

### ANALISIS Y CONCLUSIONES

1. Todos los pacientes del presente estudio, fueron del sexo femenino, esto aunque un hallazgo incidental demuestra que las mujeres tienen más tendencia a sufrir patología tiroidea y sobre todo hipotiroidismo -- (11, 12).
2. El grupo I de pacientes Hipotiroides es considerable y extrapolable para demostrar qué tipo de signos y síntomas ORL pueden presentar éste tipo de pacientes, el grupo II o hipertiroideo 5 pacientes, es un grupo -- muy reducido y difícilmente podríamos generalizar sobre la patología -- otorrinolaringológica en los hipertiroideos, pero orienta, sobre el tipo de pacientes (Hipotiroides) que presentan sintomatología ORL y la -- relación que guardan entre los dos grupos (relación 1 a 4 a favor de -- los hipotiroides).
3. En relación a la frecuencia en la sintomatología; la patología nasal y la faríngea resultaron las más frecuentes, 38 y 42% respectivamente y -- en conjunto el 80% pensamos que esto se deba a la facilidad de exposición ante agentes agresores, no así el oído que está expuesto más fácilmente a los cambios metabólicos internos que a las transgresiones externas.
4. Específicamente para los pacientes del grupo I. Interrogando específicamente y a la exploración física se pudo demostrar que el 40% mostró --

manifestaciones otológicas, compatibles con lesiones neurossensoriales y sus traducciones sintomáticas, datos muy cercanos a lo referido en la bibliografía (8, 14) para los pacientes hipotiroideos y que presentan sordera; 30%.

5. Interrogando específicamente sobre síntomas nasales el 80% de los pacientes refirieron algún tipo de obstrucción nasal, con un 62% de positividad para el aumento de secreciones nasales (rinorrea), datos muy — exagerados para el número de pacientes que mostraron en la exploración desviaciones septales que pudiéramos marcar como las causantes del cuadro (16%), no encontramos ninguna referencia con la que se pudieran — comparar estas cifras.

Lo que sí es sugestivo y nos podría traducir el funcionamiento de la mucosa; es el alto índice de sintomatología y la positividad para — mantenerse como medio de cultivo para gérmenes patógenos como el estafilococo Dorado, positivo en un 40% de los casos.

6. Los síntomas faríngeos muy relacionados con la patología nasal fueron — positivos en un interrogatorio dirigido para el 56% y con síntomas laríngeos un 46%, es relevante el número de pacientes que tienen a la exploración física un foco séptico amigdalino 23% y descarga retranasal — 16% por lo que es fácilmente explicable que un número tan grande de pacientes muestre síntomas como garraspeo 56% o tos de cualquier tipo 50%, en este apartado tampoco encontramos alguna referencia bibliográfica —

con la que se pudiera comparar nuestro estudio.

7. Específicamente para los pacientes del grupo II, la sintomatología para todos los subgrupos, fué en porcentaje exactamente igual 60% en cada caso, y los datos aportados por la exploración física como los datos de gabinete sólo dieron datos positivos de cuadro infeccioso crónico en un solo paciente, datos que desafortunadamente no son significativos para la extrapolación de el estudio.

Conclusión: Por lo expuesto antes, concluimos que los pacientes hipotiroideos son más susceptibles a sufrir manifestaciones de patología otorrinolaringológica y que de ella los cuadros rinofaríngeos son los más frecuentes.

Quedando la posibilidad de ampliar la muestra y buscar otro tipo de relaciones entre la patología ORL y tiroidea, como el demostrar por estudio Histoquímico los probables cambios en las mucosas nasal, faríngea etc.

Por lo que nuestro estudio deja la inquietud de seguir estudiando a este tipo de pacientes y en el futuro poder ofrecerles tratamientos curativos y no paliativos.

**CUADRO No. 1**

DATOS GENERALES	NUMERO Y PORCENTAJE	
Número pacientes	35	
Sexo	Femenino	
Edad	14 a 75 años	$\bar{x} = 44.7$
Gpo. I Hipotiroideos	30 pacientes	85%
Gpo. II Hipertiroideos	5 pacientes	15%

**CUADRO No. 2**

DIAGNOSTICO ENVIO ORL	PACIENTES		DIAGNOSTICO ENDOCRINO	PACIENTES	
	No.	%		No.	%
Síntomas nasales	13	38	Nódulos tiroideos	5	15
Síntomas óticos	7	20	Bocio simple	8	23
Síntomas faringeos	15	42	Ca Tiroidea (inactivo)	5	15
			Enfermedad de graves	6	17
			Hipotiroidismo Juv. o Adul.	11	31
			Iatrogénico	01	03
Total	35	100		35	100

CUADRO No. 3

SUBGRUPO I. OIDO				
SINTOMA	GRUPO I		GRUPO II	
	No.	%	No.	%
<b>ACUFENOS</b>				
- Tono alto	8	27	3	60
- Tono bajo	8	27	-	-
- Continuo	7	23	-	-
- Intermitente	9	30	3	60
- Subjetivo	16	60	3	60
<b>VERTIGO</b>				
- Subjetivo	12	40	2	40
- Continuo	3	10	-	-
- Intermitente	9	39	2	40
- Posicional	10	33	2	40

CUADRO No. 3 A

SUBGRUPO I. OIDO				
SINTOMA	GRUPO I		GRUPO II	
	No.	%	No.	%
<b>HIPOACUSIA</b>				
- Leve	10	33	1	20
- Moderada	8	27	-	-
<b>OTORREA</b>	1	3	-	-
<b>SINTOMAS TUBARIOS</b>				
- Chasquido	15	50	3	60
- Plenitud	17	57	1	20
- Ecofonía	15	50	1	20

CUADRO No. 4

SUBGRUPO II. NARIZ				
SINTOMA	GRUPO I		GRUPO II	
	No.	%	No.	%
OBSTRUCCION NASAL	17	57		
– Unilateral	2	6	1	20
– Bilateral	13	43	2	40
– Vasculante	3	10		
RINORREA	17	57	–	–
– Anterior	13	43	3	60
– Posterior	14	46	3	60
– Hialina	10	33	3	60
– Amarilla	6	20	–	–
– Verdosa	4	12	–	–
PRURITO	5	16	2	40
ESTORNUDOS EN SALVA	3	10	2	40
CEFALEAS				
– Frontal	5	17	3	60
– Nasal	3	10	2	40
– Etmoidal	4	12	3	60
– Temporal	2	7	–	–
– Occipital	3	10	–	–
– Hemicránea	2	7	–	–
TIPO				
Pesantes	7	21	3	60
Punzante	2	7	–	–
EPISTAXIS	7	21	–	–

CUADRO No. 5

SUBGRUPO III. FARINGE Y LARINGE				
SINTOMAS	GRUPO I		GRUPO II	
	No.	%	No.	%
FARINGE	17	56	3	60
LARINGE	14	46	3	60
TOS				
– Ocasional	12	40	2	40
– Accesos	3	10	–	–
GARRASPEO	17	56	2	40
ESPECTORACION	5	17	–	–
RINORREA POSTERIOR	17	56	3	60
– Escasa	13	43	3	60
– Abundante	04	13	–	–
HALITOSIS	9	30	2	40
DISFONIA				
– Continua	4	13	–	–
– Intermitente	10	33	3	60
– Fatiga	5	16	3	60
TRAQUEOSTOMIA	1	3	–	–
AUMENTO VOLUMEN				
CUELLO	5	16	1	20

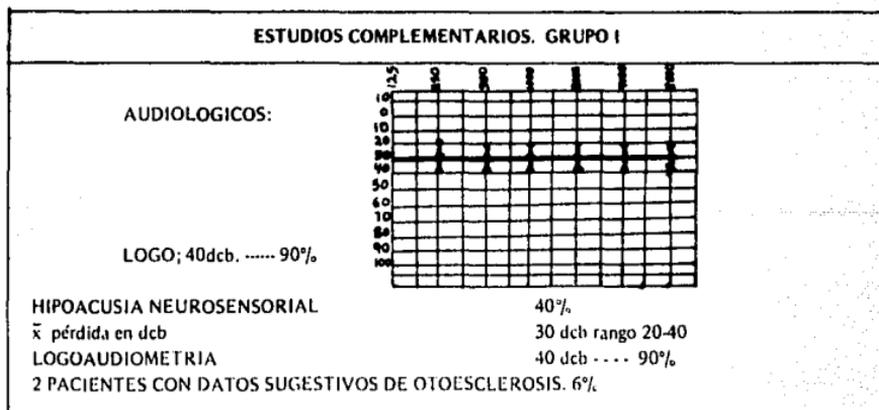
**CUADRO No. 6**

<b>EXPLORACION FISICA GRUPO I</b>			
<b>SIGNOS</b>	<b>PACIENTES</b>		
	<b>No.</b>	<b>%</b>	
<b>NARIZ:</b>			
DESVIACION SEPTAL Qx	5	16	
MUCOSA HIPEREMICA	11	33	
MUCOSA PALIDA	8	26	
MOCO HIALINO	19	63	
MOCO AMARILLO	10	33	
MOCO VERDOSO	7	23	
<b>NASOFARINGE:</b>			
DESCARGA RETRONASAL	5	16	
<b>OROFARINGE:</b>			
ANGIOEDEMA DE LABIO	2	6	
AMIGDALAS HIPERTROFICAS	7	23	
AMIGDALECTOMIZADOS	8	26	
<b>OIDO:</b>			
M.T. HIPOMOVIL, OPACA, LIGERO			
ENGROSAMIENTO	15	50	
O. DERECHO	10	33	
O. IZQUIERDO	5	17	
PERFORACION AMPLIA	1	3	
NISTAGMUS POSICIONAL	10	33	
ADENOMEGALIAS PALPABLES	10	33	

CUADRO No. 7

EXPLORACION FISICA. GRUPO II			
SIGNOS	PACIENTES		
	No.	%	
NARIZ: MUCOSA PALIDA MOCO HIALINO	5	100	
	5	100	
NASOFARINGE: SIN PATOLOGIA EVIDENTE			
OROFARINGE: MUCOSA GRANULOSA	3	60	
OIDOS: OTOSCOPICAMENTE NORMALES			
CUELLO: TIROIDES AUMENTO DE VOLUMEN	1	20	

CUADRO No. 8



**CUADRO No. 9**

<b>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS GRUPO I</b>		
<b>ESTUDIO</b>	<b>PACIENTES</b>	
	No.	%
<b>LABORATORIO:</b>		
CULTIVOS, NASAL Y FARINGEO		
<u>ESTAFILOCOCO DORADO</u>	12	40
<b>RADIOLOGICOS</b>		
ESTUDIO RADIOLOGICO DE SENOS		
PARANASALES:	NORMALES	18      60
	S. ETMOIDAL	9        30
	S. MAXILAR	2        6
PERFIL TIROIDEO. B.H. Q.S. E.G.O. DENTRO DE LIMITES NORMALES.		

**CUADRO No. 10**

<b>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS GRUPO II</b>		
<b>ESTUDIOS</b>	<b>PACIENTES</b>	
	No.	%
<b>LABORATORIO:</b>		
CULTIVOS DE SECRECION NASAL Y FARINGEO		
<u>ESTAFILOCOCO DORADO</u>	1	20
Los estudios radiológicos, perfil tiroideo, B.H. Q.S. EGO. dentro de límites normales.		
Los estudios audiométricos no mostraron patología auditiva.		

## REFERENCIAS

1. G. L. ADAMS. ORL DE BOIES. Ed. Interamericana. 5a. edición. Cap. 12, pp. 309-12. 1981, Barcelona.
2. J. G. BATSAKYS. TUMORS OF THE HEAD AND NECK. Ed. Williams & W. 2a. edición, pp. 235-38. 1986, Baltimore.
3. D. DE WEESE. TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA. Ed. Interamericana. Cap. 1, 9, 19. 1982, México.
4. H. FUNDENBERG. MANUAL DE INMUNOLOGIA. 2a. edición, Ed. Manual Moderno. Cap. 38, pp. 707-23. 1980, México.
5. A. C. GUYTON. TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA. 6a. edición. Ed. Interamericana. Cap. 76, pp. 1001-114. 1984, México.
6. G. GETIA. M. BOPARD. MANUAL DE O.R.L. INFANTIL. Ed. Masson. 1a. edición. pp. 43-44. 1985, Barcelona.
7. K. J. LEE. ESSENTIAL OTOLARYNGOLOGY. 3a. edición. Ed. Medical Examination P. Cap. 21. pp. 637-69. 1983, Nueva York.
8. MALACARA. GARCIA V. FUNDAMENTOS DE ENDOCRINOLOGIA CLINICA. 3a. edición. La prensa médica. pp. 59-91. 1982. México.
9. A.G.D. MARAN. OTORRINOLARINGOLOGIA CLINICA. ED. SPAXS. 1a. edición. Cap. 34. pp. 579-588. 1981, Barcelona.
10. M. PAPARELLA. D.A. SCHUMRICK. OTORRINOLARINGOLOGIA. 4a. edición. Panamericana. Tomo 3, Cap. 37, pp. 1814-31. 1985, México.
11. THORN. ADAMS. MEDICINA INTERNA HARRISON. 5a. edición. La prensa médica. Cap. 92. pp. 584-603. 1981, México.

12. ZARATE. RULL. INTRODUCCION A LA ENDOCRINOLOGIA. 2a. edición Mendez Cervantes. Cap. 4. pp. 1814-1831. 1985, México.
13. NELSON. TRATADO DE PEDIATRIA. 2a. edición. Interamericana.- Caps. 1, 2, 3, 4. Tomo 1, pp. 62-79. 1982, México.
14. SALDAÑA G. HERNANDEZ O. TRANSTORNOS COCLEOVESTIBULARES EN EL HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO. Soc. Méx. ORL. Vol. 10. No. 1. 11-5. 1967.
15. WATSON. C. LARYNGEAL AEDEMA COMPLYCATING THYPOID LYMPHOMA.- J. Laryngol. Otol. 1988 Oct: 102 (10): pp. 947-50.
16. FRIIS J. JOHNSEN T. THYROID FUNCTION IN PATIENTS WITH PENDRED,S SYNDROME. J. Endocrinol Invest. 1988. Feb. 11(2) pp. 97-101.
17. JOHNSEN T. LARSEN C. PENDRED,S SYNDROME, ACOUSTIC, VESTIBULAR AND RADIOLOGICAL FINDINGS IN 17 UNRELATED PATIENTS. J.- Laryngol Otol 1987. Nov. 101 (11): pp. 1187-92.
18. BATSAKIS. J. G. LARYNGEAL INVOLVEMENT BY THYROID DISEASE.-- Ann Otol Rhinol Laryngol. 1987. Nov-Dec. 96 (6): 718-9.
19. DAS. V.K. PENDRED,S SYNDROME WITH EPISODIC VERTIGO, TINITUS AND VOMITING AND NORMAL BITHERMAL CALORIC RESPONSES. J. Laryngol Otol Jul. 101 (7) pp. 721-2. 1987.
20. MCCALL. A.R. IMPROVEMENT OF VOCAL CORD PARESIS AFTHER THYROIDECTOMY. Am Surg. 1987. Jul; 53 (7) pp. 377-9.
21. PARVING. A. AUDIOLOGICAL AND TEMPORAL BONE FINDINGS IN MYXEDEMA. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1986. May-Jun (3 pt 1) - - pp. 278-83.
22. BURCH. W. M. HASHIMOTO,S THYROIDITIS PRESENTING AS A RETROPHARYNGEAL MASS. N.C. Med J. 1987. Nov. 48 (11) pp. 561-3.