



Contenido

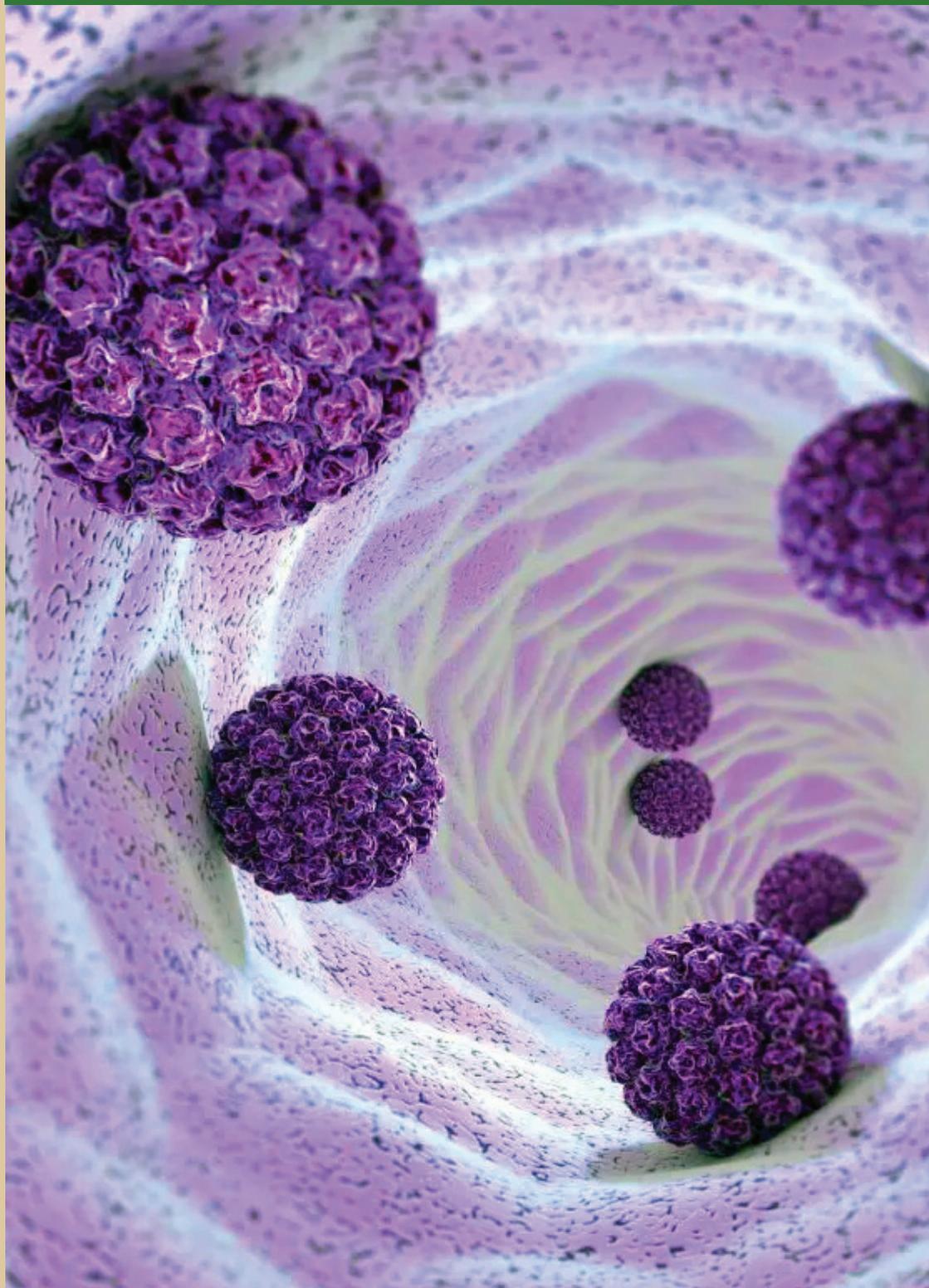
Artículos

- Rehabilitación En Luxación Recidivante De Rótula | 2
- Papilomatosis Laríngea | 7

Conmemorativo

- Día Contra El Paludismo De Las Américas | 13

X Congreso Internacional de Investigación en Rehabilitación



Papilomatosis Laríngea



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional de Rehabilitación

Luis Guillermo Ibarra Ibarra

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud

Dr. Gustavo Reyes Terán
Titular de la Comisión
Coordinadora de los INS y HAE

Dr. Carlos Pineda Villaseñor
Director General

Dr. Álvaro Lomelí Rivas
Director Médico

Dra. Matilde L. Enríquez S.
Directora de Educación en Salud

Dr. Juan Antonio Madinaveitia V.
Director Quirúrgico

D. en Ing. Josefina Gutiérrez Martínez
Directora de Investigación

Lic. Humberto Moheño Díez
Director de Administración

Editor

Lic. Edgar Raúl Mendoza Ruíz
Jefe de Difusión
y Divulgación Científica

Coordinación Editorial
Biol. Sylvia Nuñez Trías

Diseño Editorial y Producción de Imagen
D.G. Mónica García Gil
Lic. Miguel Ángel Dávalos Anaya

Distribución
inr.gob.mx/boletin.html

Portada:
Lic. Miguel Ángel Dávalo Anaya

Contraportada:
X Congreso Internacional de Investigación
en Rehabilitación

Prohibida su venta.
Distribución sólo dentro del
Instituto Nacional de Rehabilitación.
Calz. México Xochimilco No. 289
Col. Arenal de Guadalupe,
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.
www.inr.gob.mx

Publicación bimestral informativa
editada y distribuida gratuitamente por
el Instituto Nacional de Rehabilitación.
EL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS
ES RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Núm. 102 nov - diciembre de 2023

Artículo

Rehabilitación En Luxación Recidivante De Rótula

Subdirección Medicina de Rehabilitación

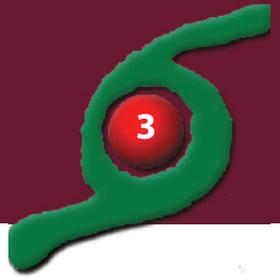
*Puesto Jefatura de Servicio Rehabilitación del Deporte
Jefatura de División Rehabilitación Ortopédica*

Definición.

La luxación recidivante de rótula (LRR) es consecuencia de la alteración de uno o más partes de los tejidos blandos que limitan el desplazamiento de la rótula, de la geometría fémoro-rotuliana, de la alineación fémoro-rotuliana y de la extremidad inferior, así como de modificaciones o alteraciones de la marcha; afecta con frecuencia a jóvenes, caracterizada por episodios recurrentes de inestabilidad rotuliana al deslizarse en forma brusca la patela fuera de su encarrilamiento normal.



Paciente con luxación recidivante de rótula.

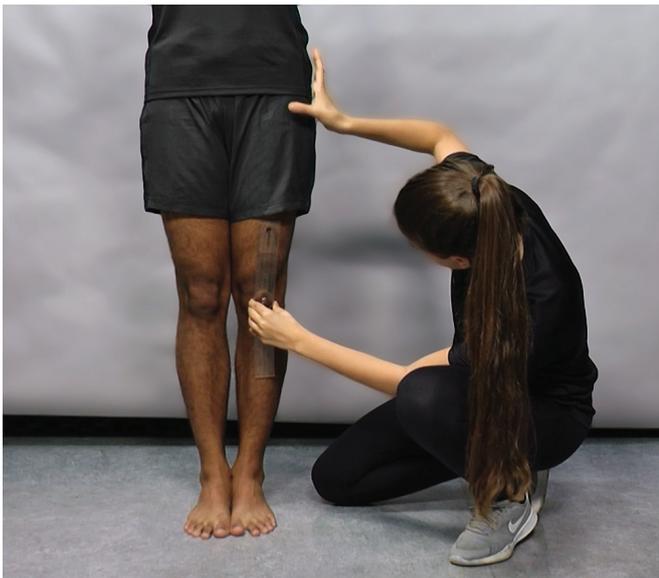


Diagnóstico.

Cuadro Clínico: fallo brusco o aflojamiento articular de la rodilla debido a inhibición del cuádriceps por dolor; signo de aprehensión o temor al dolor; aumento de la trayectoria lateral de la rótula; clínicamente se valorará con medición del ángulo Q: se trata del ángulo formado por una línea que va de la espina iliaca antero-superior al centro de la rótula y otra línea que va del centro de la rótula a la tuberosidad tibial anterior. Para medir este ángulo colocaremos una toalla enrollada debajo de la rodilla para que ésta se mantenga en un ángulo de 10 a 20 grados de flexión.



Estudios radiológicos estándar AP con apoyo.



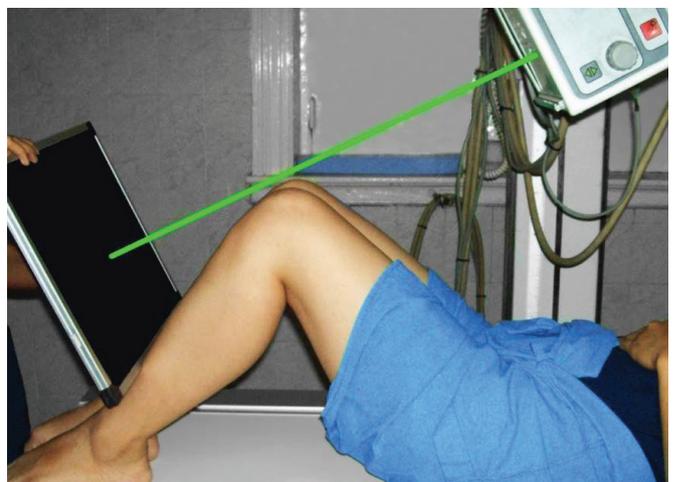
Medición del ángulo Q.



Rx laterales con flexión de rodillas a 30 grados.

Laboratorio y gabinete.

Gabinete: Estudios radiológicos estándar AP con apoyo, laterales con flexión de rodillas a 30 grados; posteroanteriores a 45 grados ambas rodillas y proyecciones de Merchant a 45 grados.



Proyecciones de Merchant a 45 grados.

Estudios especiales: Tomografía Axial Computarizada (TAC) para valoración en tercera dimensión de la articulación patelofemoral. Resonancia Magnética (RM) para valoración de lesiones asociadas como son las lesiones de los retináculos o el ligamento patelofemoral, así como lesiones asociadas de las diferentes estructuras de la rodilla.



Toma de resonancia magnética.

La radiología sigue siendo importante para evaluar pacientes con inestabilidad rotuliana. Aunque la tomografía axial computarizada es un indicador más sensible de la mala alineación rotuliana, pues permite obtener imágenes axiales en flexión acentuada y en extensión casi completa de la rodilla. La proyección axial aporta información adicional acerca de la configuración de la tróclea y la posición de la rótula.

La TAC permite apreciar correctamente la alineación y la congruencia fémoro-rotuliana en un estadio temprano de la flexión de la rodilla, pero la Resonancia Magnética puede aportar la misma información y además permite observar el cartílago articular. No obstante, la extensa base de datos derivada de las mediciones obtenidas con TAC y el ahorro de tiempo y dinero en relación con la RM, justifican que esta modalidad diagnóstica siga siendo la más popular.

Tratamiento.

Médico: orientación general al paciente sobre su padecimiento, higiene articular y cuidados generales.

Medicamentos: anti inflamatorios en caso necesario, así como uso de analgésicos.

Rehabilitación.

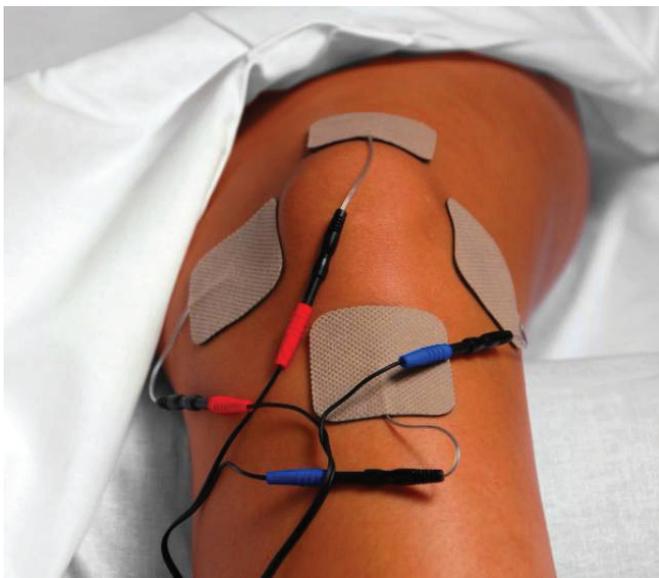
Para planificar un enfoque terapéutico en el que se consideren las características singulares del paciente con luxación rotuliana recidivante es necesario comprender la acción de los componentes neuromusculares, ligamentosos y morfológicos de las extremidades inferiores en la estabilidad o inestabilidad rotuliana, para realizar un tratamiento dirigido a corregir los problemas morfológicos y funcionales existentes, evitando compensar estos defectos creando anomalías anatómicas secundarias.

Generalmente la rehabilitación del paciente con luxación de rotula aguda implica la inmovilización por al menos 5 días y el uso de crioterapia antes de iniciar con fisioterapia; una vez que la inflamación aguda haya disminuido, se puede continuar con medios físicos como la crioterapia y el uso de analgesia eléctrica en caso de dolor importante, seguido de movimiento articular pasivo a la patela en dos ejes, y activo asistido a la rodilla tratando de mejorar el arco de movimiento de forma gradual protegiendo el daño mayor a las estructuras de la rodilla.



Aplicación de crioterapia.

Después de 3-4 días de crioterapia se cambia a la modalidad de termoterapia. Se continúa con electroterapia en caso de dolor e inflamación según sea el caso, con medios como el Estimulador Nervioso Eléctrico Transcutáneo (TENS por sus siglas en inglés), corrientes interferenciales, diadinámicas, etc. Se insiste en recuperar el arco de movimiento, así como estiramiento muscular y especial atención a la recuperación de la fuerza muscular. La fuerza muscular va encaminada a mejorar el aparato extensor, especialmente el vasto interno, ya que es un importante estabilizador medial de la patela. Se realiza con ejercicios combinados de cadena cerrada (cicloergómetro) y abierta, de estos últimos iniciando con isotónicos sin carga y evaluar cada dos semanas para ir progresando con carga y en algún momento con ejercicios de resistencia progresiva.



Uso del Estimulador Nervioso Eléctrico Transcutáneo (TENS).

En los casos crónicos en los que no hay dolor intenso se indica el uso de calor local, ejercicios para mejorar el arco de movimiento y disminuir al máximo las contracturas, así como fortalecimiento muscular por isotónicos o por resistencia progresiva.

En algunos casos está indicado el uso de ortesis como bandas, cintas y rodillera.



Paciente utilizando una rodillera.

Para los pacientes posquirúrgicos se sigue un procedimiento diferente en cada caso dependiendo del tratamiento realizado, en los casos de liberación de retináculo y plicatura el tratamiento no varía mucho del cuadro agudo, sólo se progresa de manera gradual el arco de movimiento, de manera gentil y a tolerancia durante el proceso de su rehabilitación.

El fortalecimiento muscular se inicia desde la primera semana, así como el estiramiento, y se combinan ejercicios de cadena cerrada en aparatos como el cicloergómetro y el Kinetron, y para la reeducación de la marcha se ocupan las barras paralelas y el espejo además de la rampa y la escalerilla.



Paciente fortaleciendo músculos en el cicloergómetro.

Quirúrgico: a cargo de artroscopia.

Evaluación del resultado.

Quantitativo: se analiza con mediciones clínicas como perimetría, arcos de movimiento con goniómetro, medición de contracturas musculares y evaluación de la fuerza con el examen manual muscular y cuando es necesario con el uso de isocinesia con equipo Biodex. Así también se evalúa el dolor con la escala visual análoga.

Cualitativo: se realiza mediante la sintomatología a través del interrogatorio y evaluación del dolor, de la capacidad funcional y el bienestar del paciente, así como la reincorporación a las actividades de la vida diaria incluyendo el aspecto laboral, y muy importantemente el estado anímico del paciente a lo largo de su evolución.

Criterios de alta.

Cuando el paciente está asintomático, con arcos de movimiento completos, fuerza en 5 y contracturas al mínimo, es dado de alta con cita abierta.

Referencias Bibliográficas Y Guías Clínicas Específicas

1. Goodfellow J, Hungerford DS, Zindel M. Patello-femoral joint mechanics and pathology. Functional anatomy of the patello-femoral joint. J Bone Joint Surg Br. 1976;58:287-90.
2. Insall J, Goldberg V, Salvati E. Recurrent dislocation and the high-riding patella. ClinOrthopRelat Res. 1972;88:67-9.
3. Senavongse W, Amis AA. The effects of articular, retinacular, or muscular deficiencies on patellofemoral joint stability. J Bone Joint Surg Br. 2005;87: 577-82.
4. Dejour D, Le Coultre B. Osteotomies in patello-femoral instabilities. SportsMedArthrosc. 2007;15:39-46.
5. Sanders TG, Morrison WB, Singleton BA, Miller MD, Cornum KG. Medial patellofemoral ligament injury following acute transient dislocation of the patella: MR findings with surgical correlation in 14 patients. J Comput Assist Tomogr. 2001;25:957-62.
6. Maenpaa H, Lehto MU. Patellar dislocation. The long-term results of nonoperative management in 100 patients. Am J Sports Med. 1997;25:213-7.
7. Stefancin JJ, Parker RD. First-time traumatic patellar dislocation: a systematic review. Clin OrthopRelat Res. 2007;455:93-101.
8. Kolowich PA, Paulos LE, Rosenberg TD, Farnsworth S. Lateral release of the patella: indications and contraindications. Am J Sports Med. 1990; 18:359-65.
9. Kujala UM, Jaakkola LH, Koskinen SK, Taimela S, Hurme M, Nelimarkka O. Scoring of patellofemoral disorders. Arthroscopy. 1993;9:159-63.
10. Utting MR, Mulford JS, Eldridge JD. A prospective evaluation of trochleoplasty for the treatment of patellofemoral dislocation and instability. J Bone Joint Surg Br. 2008;90:180-5.
11. Stetson WB, Friedman MJ, Fulkerson JP, Cheng M, Buuck D. Fracture of the proximal tibia with immediate weightbearing after a Fulkerson osteotomy. Am J SportsMed. 1997;25:570-4.

Papilomatosis Laríngea

Dirección Médica

Subdirección de Audiología, Foniatría
Y Patología de Lenguaje

En este artículo se establecerá el criterio uniforme para el diagnóstico y tratamiento de la papilomatosis laríngea, atendida en el Servicio de Foniatría del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

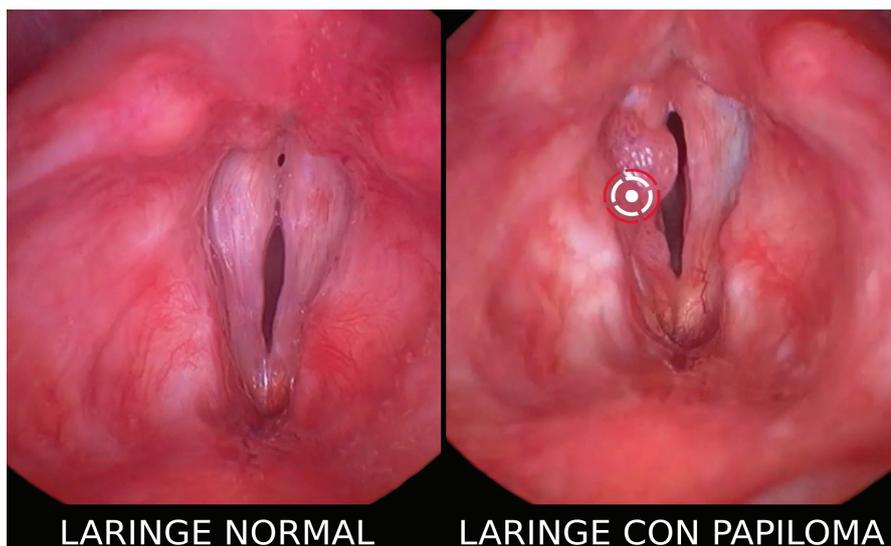
Sir Morrell Mackenzie (1837-1892), a mediados del siglo XIX, fue el primero en reconocer los papilomas como una lesión laringofaríngea en niños. Pero no fue hasta 1940 que Chevalier Jackson (1865-1958) describió el cuadro como "papilomatosis laríngea juvenil".¹

La Papilomatosis Laríngea es una enfermedad infecciosa de la piel o mucosas causada por un grupo de virus ADN epiteliotrópicos con gran afinidad por órganos tubulares en contacto con el exterior tales como fosas nasales, cavidad oral, faringe, laringe, tráquea, bronquios, esófago, etc.²

Debido a su elevado potencial de recurrencia, localización única o múltiple, especialmente en laringe, estas lesiones son potencialmente dañinas por la posibilidad de transformarse en una lesión maligna en los adultos o causar obstrucción de la vía aérea en los niños, por su propagación traqueo-bronquial. Las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) pueden producirse en todas las vías aerodigestivas, con una predisposición especial por la laringe y la tráquea, en forma de papilomatosis respiratoria recidivante (PRR).³

La enfermedad es causada por el virus del papiloma humano (VPH). El VPH es transmitido a los niños durante el nacimiento durante su paso a través del canal de parto y tiene su origen en una infección viral latente o activa, o también vía transplacentaria. El factor de riesgo más fuerte para la papilomatosis laríngea es una historia materna de verrugas genitales.⁴

Se han descrito dos tipos de presentación, la juvenil y la adulta.



LARINGE NORMAL

LARINGE CON PAPILOMA

Clásicamente se habla de la forma juvenil de papilomatosis cuando aparece en niños menores a 12 años y la forma adulta cuando aparece en edades superiores a los 20 años. Si la edad de inicio es a los 12 años o menos, la enfermedad se clasifica como de comienzo juvenil. El cuadro presenta lesiones múltiples de respuesta impredecible al tratamiento, que tienden a una alta tasa de recurrencia. Sin embargo, los papilomas adultos pueden también ser muy agresivos y recidivantes, considerados lesiones premalignas por su riesgo a malignizarse.^{3,5}



Papilomatosis laríngea forma adulta.

Cuadro clínico.

Los síntomas más habituales son:

- Disfonía rápidamente progresiva y constante, de tono grave, timbre áspero y rasposo, presentando variaciones en el tono y volumen de la voz durante el día.
- Puede cursar con sensación de cuerpo extraño en la faringe y laringe, disnea progresiva, obstrucción de la vía aérea, estridor y tos crónica.^{3,6}
- En caso de los niños, llanto débil y retraso del crecimiento.
- En casos graves puede condicionar disfagia dependiendo de la severidad de la invasión del papiloma.

- En caso de obstrucción de la vía aérea puede ser necesario recurrir a la traqueotomía, aunque la destrucción del manto mucoso que conlleva dicha intervención puede ser un elemento favorecedor de la diseminación masiva de los papilomas por la tráquea.⁷
- En caso de obstrucción de la vía aérea puede ser necesario recurrir a la traqueotomía, aunque la destrucción del manto mucoso que conlleva dicha intervención puede ser un elemento favorecedor de la diseminación masiva de los papilomas por la tráquea.⁸

La papilomatosis laríngea invasiva se refiere a la presencia de invasión extramucosa por la papilomatosis sin atipia celular, este comportamiento agresivo, puede anunciar una potencial transformación maligna. El grado de atipia del epitelio sólo se ha relacionado con la frecuencia de la enfermedad, pero puede predisponer a transformaciones malignas. La degeneración maligna de la papilomatosis laríngea ocurre espontáneamente entre el 2 y 3% de los casos⁹

Estudios especiales.

Nasolaringoendoscopia: El diagnóstico se realiza mediante visualización con nasolaringoscopia flexible o laringobroncoscopia directa.⁹



Examen de nasolaringoscopia.

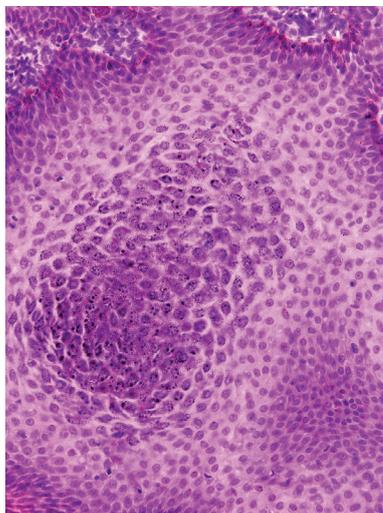
Estroboscopia: Se observa hipo o aperiodicidad de las ondas vibratorias en las zonas de la lesión.¹⁰



Examen de estroboscopia.

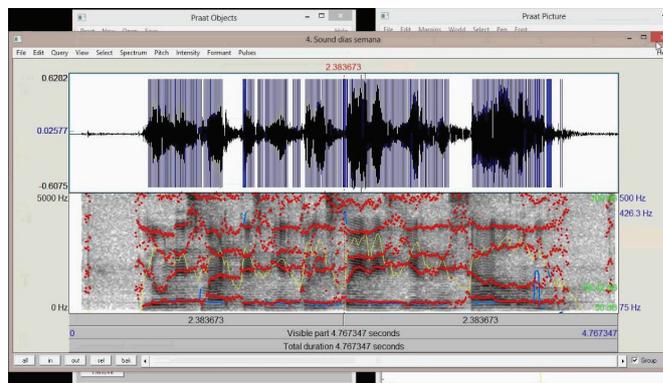
Análisis molecular: En general está causada por el VPH de los subtipos 6 y 11 de bajo riesgo, aunque también son posibles otros subtipos más oncogénicos, como el 16 y 18.¹¹

Histología: Histológicamente, el papiloma laríngeo es un tumor epitelial papilar con un centro de tejido conjuntivo y vascular. El virus de papiloma humano se establece en las capas basales del epitelio. La expresión temprana del gen viral en el estrato espinoso está vinculada con la acantosis y la proliferación celular.¹²



Preparación histológica: muestra de papiloma vista abajo del microscopio óptico .

Análisis acústico de la voz: El análisis de la perturbación se realiza comúnmente con medidas tales como jitter, shimmer, y ruido-señal (SNR), métodos no invasivos para evaluar esta patología. (13) El análisis de la voz es un método objetivo utilizado para determinar el grado de afección de la voz, así como para valorar la evolución de la misma, siendo su utilidad para todo proceso patológico que afecte las características vocales.¹⁴



Análisis acústico de la voz.

La **electroglotografía** es un método no invasivo que permite obtener información sobre los patrones vibratorios de los pliegues vocales. Según Rothenberg (1988), el término electroglotografía hace referencia a un dispositivo que permite visualizar los movimientos de los pliegues vocales mediante una pequeña corriente eléctrica que pasa a través del cuello, a nivel de la laringe, utilizando dos o más electrodos sobre la superficie del cuello.¹⁵



Elementos de un estudio de electroglotografía.

Laboratorio y gabinete.

Se solicita una biometría hemática completa para detectar alteraciones en la fórmula roja, placa de tórax para visualizar zonas de consolidación y/o procesos inflamatorios, pruebas de funcionamiento respiratorio como lo es la espirometría para evaluar la mecánica respiratoria y ante sospecha de malignización por invasión extramucosa, se solicita una tomografía computada de cuello.¹⁶

Tratamiento.

La resección quirúrgica se ha asociado a muchos tratamientos complementarios, como recientemente el cidofovir, que ha transformado el tratamiento y los resultados, el indol-3-carbinol, la ribavirina, la vacuna contra la parotiditis y la fototerapia. La posibilidad de prevención gracias a la comercialización de vacunas profilácticas es el avance reciente más destacado.

Los objetivos del tratamiento son aliviar la obstrucción de las vías respiratorias, mejorar la calidad de voz, facilitar la remisión¹⁷ y la prevención de complicaciones mayores.

Medicamentos.

La terapia adyuvante en casos de enfermedad agresiva es el interferón, varios viroestáticos (aciclovir, valaciclovir y cidofovir) y el indol-3-carbinol.¹⁷ La vacuna cuadrivalente contra los serotipos 6, 11, 16 y 18 del virus del papiloma humano probablemente decrece la incidencia de la papilomatosis respiratoria o ayudará en el tratamiento de la enfermedad en un futuro ofreciendo la posibilidad de reducir o erradicar la enfermedad.¹⁸ Las recidivas son frecuentes, pero al llegar la pubertad la enfermedad tiende a desaparecer espontáneamente en algunos casos.¹⁸

Se han agregado terapias coadyuvantes como quimioterapia tópica, esteroides, podofilina, tetraciclina, vacuna autógena, aciclovir, isotretinoína, interferón y recientemente cidofovir, que no sustituyen el tratamiento quirúrgico. Por lo tanto, la manera práctica es manejar la papilomatosis laríngea como una enfermedad cróni-

ca tratando de disminuir las visitas a quirófano manteniendo una vía aérea libre y con la mejor calidad de voz posible. El 10% de los pacientes requieren de terapia coadyuvante y uno de los criterios incluye cuando son más de cuatro cirugías por año.¹⁹

Papilomatosis respiratoria recurrente y reflujo: El papel de reflujo gastroesofágico en la exacerbación de PRR merece una mención especial.

Informes recientes han demostrado que la tasa de recurrencia de la papilomatosis respiratoria en los niños puede disminuir significativamente después de la terapia antirreflujo. La ranitidina ha demostrado que tienen un efecto inmunomodulador contra diversas enfermedades víricas, incluyendo PRR3920

El bevacizumab (Avastin®) es un anticuerpo monoclonal que bloquea el factor de crecimiento endotelial vascular; el primero en su tipo que se administró en México está autorizado por la Dirección de Fármacos y Alimentos (FDA) de Estados Unidos para tratar el cáncer de colon, de pulmón (no de células pequeñas), de ovario, de mama y recientemente de páncreas.²¹

El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización ha recomendado vacunación para todas las niñas entre 11 y 12 años, las niñas y mujeres de 13 a 26 años que aún no han sido vacunadas, y niñas a partir de 9 en el que el médico cree que sería apropiado.²



Niña recibiendo la vacuna contra el VPH.

Rehabilitación.

Reeducación vocal prequirúrgica, la cual consiste en medidas de higiene vocal, así como realizar sus actividades de la vida diaria sin sobreesfuerzo físico que pudiera implicar requerimientos respiratorios excesivos.

En cuanto a la terapia foniátrica postquirúrgica las medidas van encaminadas a mantener un reposo vocal relativo, medidas de higiene vocal, favorecer la relajación muscular y la prevención de infecciones respiratorias altas para mantener la permeabilidad de la vía aérea.

Otros.

Apoyo de neumología, pediatría (en su caso) y otorrinolaringología para reducir el riesgo de obstrucción y neumonías.

Quirúrgico.

Técnica sugerida El tratamiento de primera línea es el tratamiento quirúrgico, el cual puede ser llevado a través de: Laser, CO2, laser yag, microdebridación, resección con pinzas, traqueotomía en caso de obstrucción severa.



Realización de una microcirugía excisional con láser de CO2.

El tratamiento indicado en la papilomatosis laríngea recurrente es quirúrgico, la microcirugía excisional con láser de CO2 es la primera opción terapéutica, ya que esta simplifica la técnica quirúrgica en la exéresis de la lesión, permite respetar las estructuras anatómicas y mantiene la función de las cuerdas vocales.²² Se trata de una patología que amerita tratamiento quirúrgico y reeducación vocal pre y post operatoria.

Manejo Preoperatorio: es indispensable la terapia de rehabilitación.

Manejo Post operatorio: se continúa con la rehabilitación.

Seguimiento: Control foniátrico periódico para control de recidivas.

Evaluación del resultado.

Cuantitativo: Se deberá realizar un análisis acústico de la voz pre y post quirúrgico, así como también estudios de nasolaringoendoscopías pre y post tratamiento quirúrgico y rehabilitatorio.

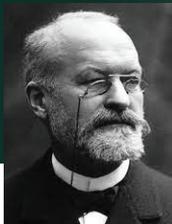
Cualitativo: La evolución y los resultados del tratamiento médico y rehabilitatorio se evalúan a través de la mejoría clínica referida por el paciente, así como en base a la exploración clínica foniátrica y la evaluación instrumental pre y postquirúrgica con objeto de detectar la presencia de complicaciones como obstrucción de la vía aérea por el padecimiento de base.

Criterios de alta.

Cuando el paciente consigue una evolución satisfactoria de la voz y un análisis objetivo de la voz con mejoría de los porcentajes y de la frecuencia fundamental y ausencia de lesiones y/o complicaciones.

Referencias Bibliográficas Y Guías Clínicas Específicas

1. Sedaghat S.N. Papilomatosis respiratoria recurrente y el rol de la vacunación antiVPH. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2013;73:89-93.
2. Arias Marsal Cristina. Disfonía Infantil diagnóstico y tratamiento Editorial Ars Médica. 1era edición 2005.
3. Batista Núñez, Fernández Rojas Lisset, Suárez García Rodolfo, Papilomatosis Laríngea. Corr Med Cient 2013; 17 (4)
4. Rodríguez Verónica, Michlski j Diego. Trabajo de revisión bibliográfica. Papilomatosis Laríngea Infantil. Revista FASO Año 12-No 2- 2010
5. Villamil Osorio Milena, Papilomatosis respiratoria recurrente juvenil, Revista Médica de la Universidad de Antioquia 2011
6. Fita MA, Díaz Manzano J.A, Reyes Domínguez S.B., Pastor Costa, Navarro. Mingorance. Disfonía infantil precoz como síntoma de alerta de la papilomatosis laríngea juvenil, An Pediatr 2015;83:211-2 - Vol. 83 Núm.3 DOI: 10.1016/j.anpedi.2015.03.005
7. Le Huche François La voz, Tomos 2, 3 y 4. Editorial Masson 2da Edición 2004.
8. Jackson Menaldi María Cristina. La voz patológica. Editorial Médica Panamericana, 2002. pp. 31-32.
9. Murray Morrison Tratamiento de los trastornos de la voz. Editorial Masson. 1996.
10. Claire Dinville. Los trastornos de la voz y su reeducación. Editorial Masson. 2da edición. 1996.
11. Cobeta I., Núñez F., Fernández S. Patología de la voz. Editorial Marge., 1ª ed. 2013. pp. 362
12. Prater Rex J. Manual de Terapéutica de la voz. Editorial Salvat. 1986.
13. Jiang J, Zhang Y, MacCallum J, Sprecher A, Zhou L. Objective Acoustic Analysis of Pathological Voices from Patients with Vocal Nodules and Polyps. Folia Phoniatr Logop 2009; 61:342-349
14. Cecconello, I. Electroglotografía: Su aplicación como método diagnóstico. Revista digital especializada en motricidad orofacial. Vol., 4 No. 1, pp: 394-396, enero-abril, 2013 ISSN: 2407-0161 <http://revistadigitalmo.blogspot.com>
15. Perelló Jorge. Canto y Dicción. Editorial Científica Médica. 1975.
16. Jaso Gutiérrez Luis. Papilomatosis laríngea. Tratamiento con láser CO2. Nuestra experiencia en 15 años. Boletín. Med. Hosp. Infant. ex. v.63 n.1 México ene. /feb. 2006.
17. Boltezar IH, Bahar MS, Zargi M, Gale N, Maticic M, Poljak M. Adjuvant therapy for laryngeal papillomatosis. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat. 2011 Sept; 20 (3); 175-80.
18. Donne AJ, Clarke R. Recurrent respiratory papillomatosis: an uncommon but potentially devastating effect of human papillomavirus in children. Int. J STD AIDS 2010 Jun; 21(6):381-.
19. Bonilla M., Barrientos J., Ferrara A. Caracterización clínico-epidemiológica e identificación molecular del virus papiloma humano en papilomatosis respiratoria recurrente (Prr). Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH Vol. 11 N° 1 Enero - Abril 2008 pp.56
20. Gutiérrez Castillo, Carmen; Monerris García, Enrique; Duran, María Dolores; Sancho Mestre, Manuela; Gras, Juan Ramón Manejo de la papilomatosis laríngea juvenil, con tratamiento intralesional combinado de cidofovir y bevacizumab, (pág. de la 146- 148) Published in Acta Otorrinolaringol Esp.2010; 61:422-7 - vol.61 núm. 06, (pág. 422-427).
21. Ramón A Horcasitas Pous. Manejo de la papilomatosis laríngea juvenil con tratamiento intralesional combinado de cidofovir y bevacizumab. AN ORL MEX Vol. 56, Núm. 3, 2011.
22. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la papilomatosis laríngea juvenil. IMSS 557-12. Pp. 3,4. 12. Control de cambios Revisión Descripción del cambio Fecha 01 Revisión y Actualización del contenido, Actualización de la Imagen Institucional JUN 15 02 Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015 MAY 18 03 Actualización de Imagen Institucional DIC 20.



Día Contra El Paludismo De Las Ámericas 06 de Noviembre

*Dr. Charles Louis Alphonse Laveran
Médico Naturista Frances*

El crédito por el descubrimiento en 1880 del verdadero agente causal de la malaria pertenece a Charles Louis Alphonse Laveran, un cirujano del ejército francés que estaba de servicio en Argelia.

“Es una enfermedad aguda y curable causada por un parásito de género Plasmodium que se transmite através de la picadura de un zancudo hembra conocido como Anopheles”. Las transfusiones de sangre y las agujas contaminadas también pueden transmitir el paludismo.

“Los primeros síntomas aparecen, más o menos, a los 15 días de haber sido picado por el zancudo hembra. Se inicia con dolor de cabeza, debilidad, fatiga, dolores en las articulaciones y en los músculos, malestar abdominal, escalofríos intensos y progresivos, seguido de temblores, fiebre y sudoración”.

Cada 6 de Noviembre se celebra el día del Paludismo de las Ámericas, una efeméride creada por la Organización Panamericana de la Salud, para alertar a la población mundial acerca de esta enfermedad.



X Congreso Internacional de Investigación en Rehabilitación

del 21 al 24 de noviembre de 2023
08:00 a 14:00 h, Centro de Convenciones INRLGII



“ENVEJECIMIENTO”

“La investigación y atención para la prevención de la discapacidad en el adulto mayor”

- CURSOS PRECONGRESO (16 y 17 de noviembre)
- PONENCIAS MAGISTRALES
- SIMPOSIOS
- PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES

MODALIDAD PRESENCIAL Y A DISTANCIA

INFORMES E INSCRIPCIONES:

Visite nuestro sitio web: ciir.inr.gob.mx

EL INRLGII SOMOS TODOS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional
de Rehabilitación
Luis Guillermo Ibarra Ibarra



inr.gob.mx