

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume 11

Número
Number 2

Mayo-Agosto
May-August 2001

Artículo:

Tratamiento estético de la enfermedad de Romberg: Experiencia con 78 casos

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Tratamiento estético de la enfermedad de Romberg: Experiencia con 78 casos

Dr. Federico Iñigo,* Dr. Moisés Fernández*

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento estético de 78 pacientes con enfermedad de Romberg utilizando colgajos libres de dermis grasa para proporcionar volumen, y procedimientos reconstructivos tradicionales. El colgajo inguinal fue utilizado en 60 pacientes, seguido por el colgajo escapular y el dorsal ancho. Para obtener un mejor contorno, se utilizaron procedimientos secundarios como: adelgazamiento del colgajo, colgajos de fascia temporal para dar volumen a la órbita y región temporal, injertos de cartílago y hueso, cirugía ortognática y otros procedimientos estéticos convencionales. Fueron considerados excelentes los resultados obtenidos en el 90% de los casos leves, en el 66% de los moderados y en el 40 por ciento de los casos severos. Se obtuvieron resultados buenos en el 10% de los leves, en el 25% de los moderados, y en el 30% de los severos. Se consideraron resultados malos en el 30% de los casos severos.

Palabras clave: Enfermedad de Romberg, tratamiento estético, reconstrucción, microcirugía.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Romberg, también conocida como atrofia hemifacial progresiva, es una entidad poco entendida.¹⁻⁴ Los pacientes previamente sanos por lo general son afectados en la primera o segunda década de la vida con una atrofia progresiva de la piel, grasa, músculo, cartílago y hueso, que produce una deformidad facial severa.⁵⁻⁹ La enfermedad es más frecuente en mujeres y habitualmente afecta un sólo lado de la cara. El signo inicial puede ser una atrofia leve del tejido celular en la parte lateral del mentón, área malar, una ceja o en la línea media de la frente.

SUMMARY

Our experience with dermis-fat free flaps and conventional reconstruction procedures for 78 patients with Romberg's Disease is presented. The groin flap was used to increase soft-tissue volume in 60 patients, followed by the scapular flap and the latissimus dorsi. To achieve a better contour, secondary procedures such as fat defatting, temporal fascial flaps to give volume to orbital and temporal regions, cartilage and bone grafts, orthognathic surgery, and other conventional aesthetic procedures were performed. Excellent results were achieved in 90% of the mildly deformed patients, in 66% of moderately, and in 40% of the severely affected patients. Good results were obtained in 10% of the mildly, in 25% of the moderately and in 30% of the severely affected patients. Poor results were obtained in 30% of the severe cases.

Key words: Romberg's disease, aesthetic treatment, reconstruction, microsurgery.

Uno de los signos diagnósticos más tempranos es la presencia de un área atrófica y pigmentada. La atrofia de la piel y tejido celular progresa en un período de dos a 10 años, que en general involucra un lado de la cara.⁵⁻⁹ Si la enfermedad aparece durante la primera década de la vida, puede interferir con el desarrollo de las estructuras esqueléticas de un lado de la cara. En contraste, cuando la enfermedad empieza en la segunda década de la vida, es menos probable que interfiera en el crecimiento del esqueleto facial.

Los estudios histológicos de los tejidos involucrados con frecuencia muestran cambios inflamatorios crónicos que conllevan a la formación de tejido cicatricial.

* Cirujano Plástico, Clínica Particular ICEGER, S.C.

trizal. La diferencia microscópica de la enfermedad de Romberg y del escleroderma localizado depende de la preservación del tejido elástico en la enfermedad de Romberg.^{10,11} No existen factores patológicos específicos que demuestren a un agente causal en esta enfermedad,¹²⁻¹⁹ y puede estar asociada a gran cantidad de patologías.²⁰⁻²⁵

El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo la mejoría cosmética del defecto. Se han empleado diferentes procedimientos reconstructivos convencionales para corregir la asimetría facial y éstos incluyen los injertos de dermis grasa,²⁶ inyección de silicón,²⁷ injertos de cartílago y hueso,^{14,26,28} colgajos musculares, cutáneos o musculocutáneos,^{29,30} inyección de grasa,³¹ y colgajos libres.³²⁻³⁴ Wells y Edgerton,³⁵ fueron los primeros en utilizar el colgajo inguinal libre; otros autores han empleado el epiplón, escapular y dorsal ancho.^{30,36-39}

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento de la enfermedad de Romberg con colgajos libres de dermis-grasa y procedimientos estéticos tradicionales.

MATERIAL Y MÉTODO

Incluye a 78 pacientes: 54 mujeres y 24 hombres, con un rango de edad de 9 a 34 años, con enfermedad de Romberg, sometidos a transferencia de colgajos libres y diversos procedimientos reconstructivos en un período de 12 años. (1986-1998) Los pacientes se clasificaron en tres grupos, de acuerdo con la severidad de la enfermedad, la atrofia de la piel y tejido celular, y del compromiso óseo en los territorios de las ramas sensitivas del nervio trigémino, sea frontal, maxilar o mandibular, y se catalogaron como leves, 20 casos, moderados, 34 y severos, 24.

La enfermedad estuvo activa por un período de uno a nueve años, con un promedio de cuatro; todos los casos tenían atrofia de tejidos blandos. En 55 pacientes comenzó con atrofia progresiva del tejido graso y en 23 con un área pigmentada y atrófica en algún territorio sensitivo; 18 tenían "corte de sable": cinco con compromiso severo del desarrollo óseo de la órbita y 14 con deformidades del esqueleto facial. Con enfermedades asociadas, dos con hemangioma de leptomeninges, dos con ceguera por atrofia de retina, cuatro con alopecia severa y siete con manifestaciones extrafaciales de la enfermedad.

Los casos se catalogaron como *leves*, si la atrofia de la piel y tejido celular afectaba el territorio de una rama sensitiva del nervio trigémino y no había compromiso óseo. Si la enfermedad afectaba dos territorios del nervio trigémino sin compromiso óseo, se consideraron como *moderados*, y cuando la enferme-

dad involucraba los tres territorios del trigémino, o existía compromiso óseo, como *severos*.

La cirugía se realizó un año después de que el control fotográfico mostrara que no había progresión de la enfermedad, efectuando dos o tres procedimientos quirúrgicos: el primero si requería cirugía ortognática, después un colgajo libre de dermis-grasa para dar volumen, y finalmente procedimientos reconstructivos tradicionales.

El colgajo inguinal fue la primera opción, porque el diámetro de los vasos circunflejos ilíacos superficiales corresponde al tamaño de los vasos receptores (arteria y vena facial) Si no era posible levantar el colgajo inguinal, o se necesitaba un pedículo más largo, se escogió al colgajo escapular. El dorsal ancho se utilizó cuando se requería gran cantidad de volumen, especialmente en pacientes delgados.

Se transfiere al área donadora del colgajo designado un molde de la dimensión exacta del defecto facial respetando la unidad estética de la mejilla (*Figura 1*). El colgajo se desepiteliza, levantando de lateral a medial hasta que se visualiza el pedículo, se cierra en forma directa el área donadora y se procura colocar siempre la porción proximal del colgajo en la parte inferior de la cara. Para crear el sitio receptor, se disea un bolsillo a través de una incisión preauricular en toda la extensión del defecto y otra en el borde mandibular que ayuda a exponer los vasos faciales. Para minimizar el desplazamiento del colgajo, éste se fija al periostio del arco cigomático. La anastomosis a los vasos faciales se realiza por lo general término-terminal y se dan puntos externos para evitar que el colgajo se retraiga y cubra la totalidad del defecto (*Figura 2*).

El tratamiento en cada caso se seleccionó de acuerdo con la severidad de la enfermedad. Los casos leves, en general requirieron un colgajo libre, y en una segunda intervención, adelgazamiento del colgajo, injertos de cartílago en fosa piriforme, plastias V-Y para labio, rinoplastias y/o hemirritidectomías. En los casos moderados se utilizaron los mismos procedimientos que en los leves, y en forma adicional colgajos ipsilaterales pediculados de fascia temporal para órbita y colgajos contralaterales de fascia frontal para el "corte de sable"; en estos pacientes también se hicieron procedimientos menores de cirugía ortognática, como osteotomías deslizantes de mentón. En los casos severos, además de los procedimientos citados para los pacientes con afecciones leves y moderadas, se efectuaron procedimientos de cirugía ortognática como la osteotomía tipo LeFort I para mejorar la dimensión vertical de la cara en el lado afectado y osteotomías sagitales para rotar y proyectar la mandíbula (*Figura 3*).



Figura 1. Las dimensiones del defecto facial fueron determinadas sobre un acetato, transfiriendo el molde al área donadora para diseñar el colgajo (colgajo inguinal).

El seguimiento de los pacientes fue de dos a 10 años después de la cirugía. Todos los casos se evaluaron por lo menos dos años después del último procedimiento secundario realizado. Las fotografías postoperatorias se tomaron por lo menos un año después del último procedimiento secundario para refinar el contorno. Los resultados se consideraron como *excelentes* cuando se obtuvo buena simetría, se mantuvo el volumen y no hubo evidencia alguna de la enfermedad; *buenos*, si existía una simetría aceptable, un pequeño desplazamiento del colgajo, o si persistía algún estigma de la enfermedad, y *pobres*, cuando no se obtuvo una buena simetría, el colgajo no estaba en una buena posición, existía tracción en el párpado inferior o en especial, cuando el problema óseo a nivel de la órbita no se resolvió adecuadamente.



Figura 2. El colgajo se fija en el área receptora mediante puntos externos para cubrir el defecto y evitar la retracción del mismo.

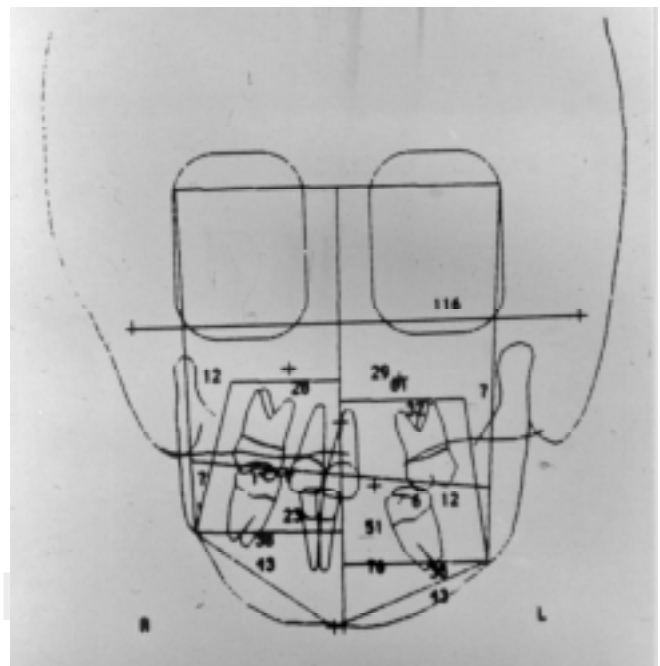


Figura 3. Cefalometría de un paciente con deformidad severa en quien se planeó efectuar una osteotomía tipo LeFort 1 y sagitales de mandíbula para mejorar la dimensión vertical del lado afectado.



4A.



4B.

Figuras 4A y 4B (A) Vista pre-operatoria frontal de mujer de 25 años de edad con deformidad leve. **(B)** Vista postoperatoria frontal de la misma paciente dos años después de efectuado un colgajo dermo-graso inguinal libre. Adelgazamiento del colgajo ritidectomía coronal, rinoplastia, V-Y plastia del labio inferior, e injertos de cartílago en la fosa piriforme se realizaron ocho meses después del procedimiento de microcirugía. El resultado fue considerado excelente.

RESULTADOS

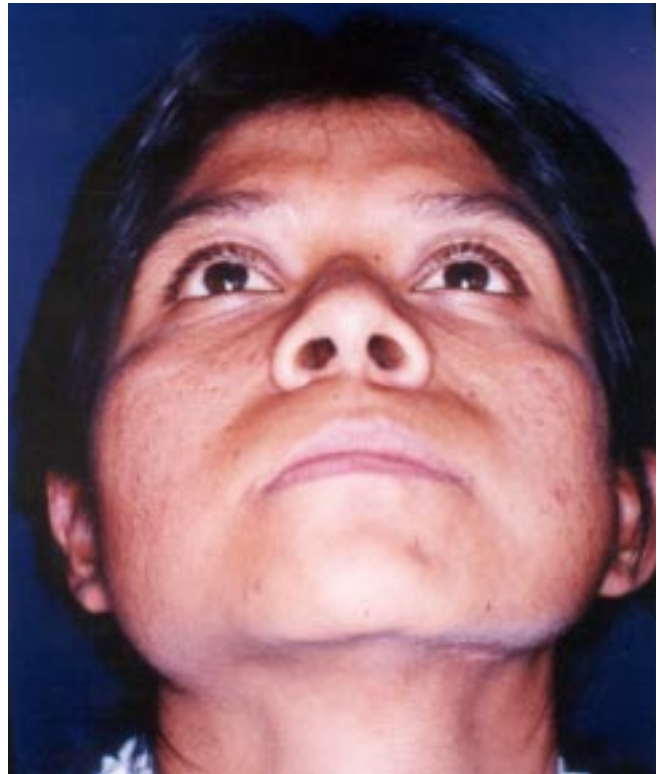
Se transfirieron un total de 88 colgajos libres, debido a que en 10 pacientes se perdió el primer colgajo. El colgajo inguinal se utilizó en 62 pacientes, y en los 16 restantes se utilizó tanto el colgajo escapular como el dorsal ancho. Se realizaron procedimientos complementarios en 66 pacientes, (85%) para obtener un mejor resultado, además del adelgazamiento del colgajo. En 74 casos (95%) se adelgazó y reacomodó el colgajo; 51 (66%) requirieron injerto de cartílago en fosa piriforme, 27 (35%) colgajos V-Y para labio, 25 (32%) hemirritidectomía, 14 (18%) rinoplastia, 21 (27%) colgajos de fascia

temporal para órbita, y 12 (16%) cirugía ortognática, esta última siempre se hizo antes del colgajo libre y por lo general se utilizó la osteotomía tipo LeFort I y una sagital. Además, se efectuaron 14 osteotomías deslizantes de mentón.

En el 85% de los pacientes tipificados como leves se obtuvieron resultados excelentes, sin estigmas de la enfermedad (*Figura 4*) y buenos en el 15% restante. El 70% de los moderados, tuvieron resultados excelentes, (*Figura 5*) el 20% buenos y el 10%, malos. En 40% de los casos severos, los resultados fueron excelentes, (*Figura 6*) el 30% buenos, y el 30% malos, sobre todo porque no se resolvió apropiadamente el problema de la órbita.



5A.



5B.

Figuras 5A y 5B. (A) Vista pre-operatoria frontal de mujer de 32 años de edad con enfermedad de Romberg moderada. (B) Vista postoperatoria frontal un año después de adelgazamiento del colgajo dermo-graso, efectuado a los seis meses después de realizado el colgajo libre. El resultado fue considerado excelente.



6A.



6B.

Figuras 6A y 6B. (A) Vista pre-operatoria ¾ de un caso de enfermedad de Romberg severa con compromiso óseo. (B) Vista posoperatoria del mismo paciente con un colgajo dermo-graso inguinal libre adelgazado a los seis meses, cirugía ortognática, injerto de cartílago en fosa piriforme y colgajo de fascia temporal para la región frontal.



7A.



7B.

Figuras 7A y 7B. (A) Vista pre-operatoria frontal de mujer de 26 años de edad con enfermedad de Romberg moderada. (B) Vista postoperatoria frontal un año después de adelgazamiento del colgajo dermo-graso. Obsérvese que el colgajo respeta los límites de la unidad estética de mejilla, la deformidad en "corte de sable" se corrigió con un colgajo de fascia frontal contralateral.



8A.



8B.

Figuras 8A y 8B. A) Vista pre-operatoria frontal de hombre de 23 años de edad con enfermedad de Romberg severa. (B) Vista postoperatoria frontal un año después de adelgazamiento del colgajo dermo-graso, y colgajo de fascia temporal para enmascarar el límite del colgajo inguinal.



9A.



9B.

Figuras 9A y 9B. (A) Vista pre-operatoria basal de una paciente con enfermedad de Romberg severa. (B) Vista postoperatoria un año después de adelgazamiento del colgajo dermo-graso, aplicación de injertos de cartilago en fosa piriforme y colgajo V-Y para labio superior. (A) Vista pre-operatoria frontal de paciente femenino de 32 años de edad con enfermedad de Romberg moderada. (B) Vista posoperatoria frontal un año después de adelgazamiento del colgajo dermo-graso, efectuado a seis meses después de realizado el colgajo libre. El resultado se consideró excelente.

Comentario

Se han propuesto diversos procedimientos para mejorar la deformidad en los pacientes con enfermedad de Romberg. Los injertos de cartílago y hueso, por sí mismos proporcionan resultados muy limitados. Estos injertos se utilizaron en este trabajo para mejorar áreas como la órbita, fosa piriforme y mentón. No empleamos la inyección de grasa como un procedimiento habitual, porque es difícil controlar el resultado final a largo plazo. La atrofia muscular en colgajos musculares libres o pediculados representa un problema al calcular y acomodar el volumen final. Debido a que el epiplón tiende a colgarse, algunos autores sugieren situarlo en túneles

cutáneos para prevenir esta complicación, reflejándose obviamente en un mal resultado estético. Dadas las características de la piel de la enfermedad de Romberg, los materiales aloplásticos tienen una alta incidencia de complicaciones, por lo que sólo se deberán utilizar en condiciones especiales, como en malar o mentón.

Basados en nuestros resultados, consideramos que los colgajos de dermis-grasa, en especial el colgajo inguinal, son los idóneos para restablecer el volumen en pacientes con enfermedad de Romberg, ya que tienen una buena fuerza estructural que permite un adecuado ajuste en el defecto, y es fácil el refinamiento del contorno para distribuir su grasa en una mejor posición. La transferencia libre de colgajos inguinales o escapulares



10A.



10B.

Figuras 10A y 10B. (A) Vista pre-operatoria basal de un caso de enfermedad de Romberg severa. (B) Vista postoperatoria del mismo paciente dos años después con un colgajo dermo-graso inguinal libre adelgazado, cirugía ortognática, injerto de cartílago en fosa piriforme. Este resultado se consideró como pobre; aunque se obtuvo una buena simetría, el problema de la órbita y los tejidos blandos locales persiste debido a la falta de desarrollo tridimensional de esta área.

tiene un alto índice de éxito. Resulta obvio que la cicatriz resultante en los primeros es infinitamente superior a la que dejan los colgajos escapulares. El dorsal ancho en particular es un colgajo muy pesado y tiende más a colgarse. En la gran mayoría de los casos, es necesario adelgazar y reposicionar el colgajo, y uno de sus aspectos más importantes es el de no abarcar más allá de la unidad estética de la mejilla para dar volumen (*Figura 7*). Los procedimientos complementarios conducen de buenos a excelentes resultados. En la frente, la rotación de la fascia frontal del lado sano es nuestra primera opción para corregir la deformidad de “corte de sable” (*Figura 7*). En la órbita, especialmente para el piso y para dar volumen al párpado inferior, es ideal la rota-

ción de la fascia temporal, la que al rotar de arriba hacia abajo, y alcanzar esta unidad en forma lateral, evita los problemas de tracción en el párpado inferior (*Figura 8*). Esta misma fascia se puede utilizar para dar volumen a la región temporal y malar, y en algunas ocasiones para enmascarar la diferencia entre el colgajo afectado o entre el colgajo transferido y los tejidos afectados. Los injertos de cartílago para fosa piriforme son de gran utilidad para corregir la altura del ala nasal o la hipoplasia maxilar, en la misma forma que los colgajos V-Y permiten reconstruir el labio cuando se encuentra afectado (*Figura 9*). Es importante realizar la cirugía ortognática antes de colocar el colgajo y tendrá como finalidad reconstituir la dimensión vertical de la cara, el plano oclu-

sal y dar una mejor proyección a la mandíbula. Al igual que cualquier cirugía facial, la distracción ósea es una posibilidad real que se deberá tomar en cuenta en etapas tempranas. Quizá la órbita sea el sitio donde más dificultades tengamos para dar simetría a estos pacientes, puesto que en muchas ocasiones se encuentra hipoplásica en forma tridimensional y en una posición diferente que compromete también el desarrollo del nervio óptico (*Figura 10*) y dificulta mucho su movilización. Cuando se encuentra comprometida esta área, impide en la mayoría de los casos, alcanzar resultados excelentes. La aplicación de injertos de dermis e implantes de polimetilmetacrilato son de gran utilidad para algunas áreas específicas.

Es indudable que con una buena metodología, una adecuada selección y ubicación del colgajo, el manejo integral de los recursos en cirugía reconstructiva, el restablecimiento del balance esquelético de la cara y la aplicación de algunos otros recursos sencillos, podemos obtener más del 90% de resultados buenos o excelentes en pacientes con enfermedad de Romberg.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parry CH. *Collections from the Unpublished Medical Writings of the late Caleb Hillier Parry*. London: Underwood 1845: 478.
2. Romberg MH. *Klinische Ergebnisse*. Berlin: A. Färstner 1846: 75.
3. Eulenhurg A. *Lehrbuch der funktionellen Nervenkrankheiten*. Berlin, 1871.
4. Rogers BO. Progressive facial hemiatrophy: Romberg's disease: A review of 772 cases. In: Trans Third International Congress Plast Surg Amsterdam. *Excerpta Medica* 1964: 681.
5. Archambault L, Fromm NK. Progressive facial hemiatrophy. *Arch Neurol Psychiatr* 1932; 27: 529.
6. Crikelair GF, Moss ML, Khuri A. Facial hemiatrophy. *Plast Reconstr Surg* 1962; 29: 5.
7. O'Connor CM. Progressive facial hemiatrophy. *Bol Soc Argent Ciruj* 1972; 56: 543.
8. Stark RB. *Plastic Surgery*. Hoeber Medical Division. Harper & Row, 1987.
9. Walsh FB. Facial hemiatrophy. *Am J Ophthalmol* 1939; 22: 1.
10. Peskova H, Stockar B. Hemiatrophie facie progressive: Romberg's disease. *Acta Chir Plast* 1961; 5: 1-84.
11. Alderuccio D, Witherden D, Toh BH, Barnett A. Auto-antibody to Gp SO, a glycoprotein shared in common between fibroblast and lymphocytes, in progressive systemic sclerosis. *Clin Exp Immunol* 1989; 78: 26-30.
12. Cassirer R. *Die vasomotorisch-tropischen Neurosen*. 2nd Ed. Basel: S. Karger, 1912.
13. Franceschetti A, Koenig H. L'importance du facteur hérédodégénératif dans l'hémiatrophie faciale progressive. (Romberg). *J Génét Humaine* 1952; 1: 27.
14. Janvier H. Contribution à l'étude de l'hémiatrophie faciale progressive. *Semaine Hôsp Paris* 1956; 32: 29.
15. Kiskadden WS, McGregor MW. Report of a case of progressive facial hemiatrophy with pathological changes and surgical treatment. *Plast Reconstr Surg* 1946; 1: 187.
16. Pensler JM, Murphy GF, Mulliken JB. Clinical and ultrastructural studies of Romberg's hemifacial atrophy. *Plast Reconstr Surg* 1990; 85: 669-76.
17. Raymond F, Sicard JA. Trophonevrose hemiatrophique totale et familiale. *Rev Neurol* 1902; 10: 593.
18. Thiébaud F, Daum D. Hémiatrophie cranio-faciale apparaissant comme une malformation génétique. *Rev Neurol* 1947; 79: 436.
19. Wartenberg R. Progressive facial hemiatrophy. *Arch Neurol Psychiatr* 1945; 54: 75.
20. Klingmann T. Facial hemiatrophy: statistical report of a case with morphological stigmata. *JAMA* 1907; 49: 1888.
21. Lang K, Sehmitz G. Über einen fall von hemiatrophia cruciata totalis. *DZ Nervenheilk* 1956; 174: 156.
22. Marburg O. Hemiatrophia facialis progressiva. In: Nothnagel CWH, ed. *Specielle Pathologie und Therapie*. Vienna: A Hblder, 1912; Vol. 11, pt 2.
23. Meyer HE. Über hemiatrophia faciel und totalis. *Med Klim* 1936; 32: 352.
24. Möbius PJ. Der umschriebene Gesichtsschwund. In: Nothnagel CWH, ed. *Specielle Pathologie und Therapie*. Vienna: A Hblder, 1912; Vol. 11, pt 2.
25. Moss ML, Crikelair GF. Progressive facial hemiatrophy following cervical sympathectomy in the rat. *Arch Oral Biol* 1959; 1: 254.
26. Kazanjian VH, Sutrgis SH. Surgical treatment of hemiatrophy of the face. *JAMA* 1940; 115: 348.
27. Rees TD, Asblet FL, Delgado JP. Silicone fluid injections for facial atrophy: a 10 year. study. *Plast Reconstr Surg* 1973; 52: 118.
28. Neumann CG. The use of large buried pedicled flaps of dermis and fat, clinical and pathological evaluation in the treatment of progressive facial hemiatrophy. *Plast Reconstr Surg* 1953; 11: 35.
29. Converse JM, Betson RJ Jr. A 20 years follow-up of a patient with hemifacial atrophy treated by a buried de-epithelized flap: case report. *Plast Reconstr Surg* 1971; 48: 258.
30. De la Fuente A, Jimenez A. Latissimus dorsi free flaps for restoration of facial contour defects. *Ann Plast Surg* 1989; 22: 1-4.
31. De la Fuente A, Tavora T. Fat injections for the correction of facial lipodystrophies: a preliminary report. *Aesth Plast Surg* 1988; 12: 39.
32. Billings E, May JW. Historical review and present status of free graft autotransplantation in plastic and reconstructive surgery. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83: 369.
33. Hudson DA, Lambert EV, Bloch CE. Site selection for fat autotransplant: some observations. *Aesth Plast Surg* 1990; 114: 195-7.
34. Fujino T, Harashina T, Aoyagi F. Reconstruction for aplasia of the breast and pectoral region by microvascular transfer of a free flap from the buttock. *Plast Reconstr Surg* 1975; 56: 178.
35. Wells JU, Edgerton MT. Correction of severe hemifacial atrophy with a free dermis-fat flap from the lower abdomen. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59: 223.
36. Jurkiewicz MJ, Nahai F. The use of free revascularized grafts in the amelioration of hemifacial atrophy. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76: 44-54.
37. Upton J, Mulliken JB, Hicks PD, Murray JE. Restoration of facial contour using free vascularized omental transfer. *Plast Reconstr Surg* 1980; 66: 560.
38. Wallace JC, Schneider WJ, Brown RG, Nahai F. Reconstruction of hemifacial atrophy with a free flap omentum. *Br J Plast Surg* 1979; 32: 15.
39. Walkinshaw M, Cafee HH, Wolfe SA. Vascularized omentum for facial contour restoration. *Am Plast Surg* 1983; 10: 4.

Dirección para correspondencia:

Dr. Federico Iñigo
Amsterdam 89, Col. Hipódromo Condesa,
06100 México, D.F.
Tel. 5286-7727, 5211-6397