

No Reg. 39/79

JOSE GREGORIO MOJICA OLIVEROS

RINOESCLEROMA

CONTRIBUCION A SU ESTUDIO EN
COLOMBIA

TESIS PARA OPTAR AL
TITULO DE DOCTOR EN

MEDICINA Y CIRUGIA

1 9 5 3

Artículo 13 del Reglamento de la Facultad

Javeriana:

“Parágrafo: Ni la Universidad ni los miembros del Jurado de Tesis se hacen responsables por los conceptos emitidos por el alumno en su trabajo de Tesis. Sólo velarán porque no se publique nada contrario al dogma ni a la moral católica, y porque las Tesis no contengan ataques personales y únicamente se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad científica.

A la memoria de mi Padre.

A mi Madre.

A mis Hermanos.

CONCEPTO DEL PRESIDENTE DE TESIS

Señor doctor JOSE DEL CARMEN ACOSTA,
Profesor Decano de la Facultad de Medicina
de la Universidad Javeriana.
E. S. D.

Muy apreciado Profesor y amigo:

El señor don José Gregorio Mojica Oliveros desea presentar como trabajo de Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía, la monografía titulada "Rinoscleroma, Contribución a su estudio en Colombia".

Este trabajo, que ha sido realizado por el señor Mojica Oliveros en el Instituto Nacional de Cancerología, tiene a mi manera de ver una gran importancia, puesto que se refiere a un tema, que por no ser muy frecuente en nuestro medio, carece de suficiente bibliografía entre nosotros y en el extranjero. Por ello, merece la congratulación por haberlo escogido como tema central de tesis, ya que ofrece así una monografía muy útil, para el estudio de esta enfermedad.

Además el trabajo es muy completo en todos sus aspectos y Mojica lo elaboró con admirable consagración y entusiasmo que puedo atestiguar plenamente. Reune los requisitos exigidos por la Universidad y considerando los méritos que en su vida estudiantil conquistó Mojica, solicito muy atentamente sea aceptado y sometido al Consejo de Tesis.

Del señor Profesor, atentamente,

(Fdo.) JOSE A. JACOME VALDERRAMA, M. D.

INTRODUCCION

Al seleccionar el tema de mi Tesis influyó en gran manera la insinuación que de él me hicieron algunos de los miembros del personal científico del Instituto Nacional de Cancerología, bajo cuya colaboración desinteresada, y técnica dirección pude realizarlo, y para quienes guardaré caros sentimientos de gratitud.

Mi intención al escribir este trabajo, fue la de lograr presentar en una forma clara, sencilla y condensada el estudio tanto clínico como terapéutico de esta entidad por cierto bastante desconocida, pero muy frecuente en nuestro medio, y de manera especial en nuestras clases campesinas.

Las historias clínicas que presento, son tomadas de los archivos del Instituto Nacional de Cancerología, y en su totalidad corresponden a casos que se han presentado en el curso de los cuatro últimos años. De sesenta historias estudiadas y en las cuales se basan la mayoría de las conclusiones, toda vez que fuera de los valiosos trabajos realizados por los doctores Daniel Brigard y Roberto Restrepo, vienen a constituir el único texto de consulta, solamente consigno en este trabajo algunas de aquellas en que el diagnóstico clínico ha sido confirmado por la anatomía patológica, en que el paciente ha recibido un tratamiento completo, y ha concurrido a controles posteriores; pues es de advertir que este personal se pierde en gran parte de vista, o bien obedeciendo a la mejoría obtenida, o bien a factores económicos que no les permite presentarse periódicamente, de acuerdo con las citas que son de rigor en tales enfermos.

De manera especial quiero rendir testimonio de agradecimiento al señor Director del Instituto doctor José A. Jácome V., quien puso a mi alcance todos los medios necesarios para llevar a cabo mi cometido; así como al doctor José A. París Chiappe en quien en todo momento encontré decidido apoyo, palabras de aliento y eficaz colaboración.

INDICE

Introducción.

CAPITULO I - Estudio Clínico y Bacteriológico.

CAPITULO II - Diagnóstico Diferencial.

CAPITULO III - Anatomía Patológica.

CAPITULO IV - Tratamiento.

CAPITULO V - Presentación de Historias.

CAPITULO VI - Conclusiones.

Bibliografía.

CAPITULO I

DEFINICION

El rinoescleroma es una enfermedad posiblemente infecciosa, que puede ser contagiosa, y caracterizada por un catarro crónico con infiltración esclerosante y progresiva de las mucosas de las vías respiratorias superiores, infiltración que puede extenderse desde la nariz hasta los bronquios.

HISTORIA

Fue descrita por primera vez por Kaposi y Hebra en el año de 1870; luégo vinieron los estudios de Frisch y de Mikulicz sobre su bacteriología; los de Eppinger y Chiari sobre las complicaciones laríngeas; las monografías de Celso Pellizzari, Richol, Mibelli, Babés, Ernesto Besmier, Paltauf y Von Eiselsberg y las investigaciones de Emilio Alvarez y Cornil, y posteriormente entre nosotros las de los doctores Daniel Brigard y Roberto Restrepo.

Se encuentra principalmente en las riberas del Danubio, de manera especial en las provincias orientales de Austria, Hungría, donde es endémica, en Rusia, Egipto, Italia, por rareza en Suiza, España, Bélgica, Suecia e Inglaterra. En San Salvador y en Sur América, especialmente en los negros del Brasil, y en Colombia, donde predomina en los departamentos de Cundinamarca, Boyacá y Valle del Cauca.

ETIOLOGIA

Es producido por el bacilo de Frisch o del Rinoescleroma.

BACTERIOLOGIA

Al examen directo de los cultivos se encuentran cocobacilos

de 0.5 a 3 micros de longitud, por 0,3 a 0,5 micros de anchura que se presentan como diplo-bacilos encapsulados, inmóviles, Gram negativos, coloreables fácilmente por los colores de anilina. En las láminas así coloreadas son fácilmente apreciables en algunos campos las cápsulas transparentes, y el bacilo coloreado en rojo. Para la coloración especial de las cápsulas se ha usado la siguiente técnica: si el medio de cultivo es líquido, se toma una gota; si es sólido, se practica una emulsión en suero fisiológico, luego se mezcla con suero humano, para agregar en seguida una gota de tinta china, se extiende y se deja secar; fijación al calor, coloración con fuchsina. Se presentan las cápsulas blancas, el bacilo en rojo, y el fondo en negro.

CULTIVOS

El bacilo de Frisch se desarrolla en los cultivos fácilmente. Sembrando en caldos, e incubando a 20, 37, o a 41 grados centígrados proliferan con la misma facilidad. En el caldo ordinario se nota un enturbiamiento, luego se hace gelatinoso por la producción de cápsulas, se forma una telilla o nata en la superficie, y en el fondo se ve una especie de goma adherente al tubo y difícil de desprender.

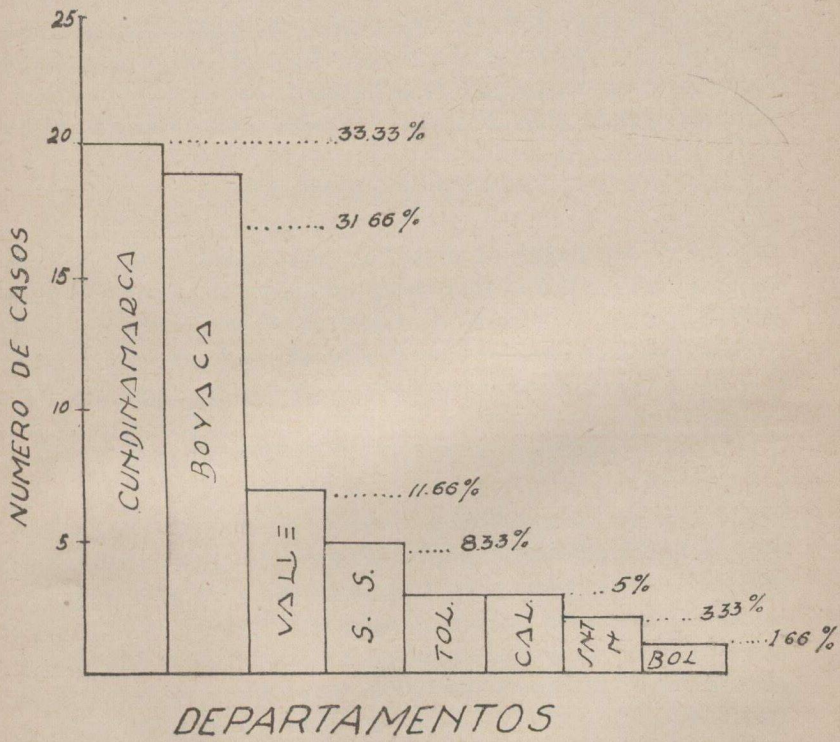
En gelosa las colonias vean cubriendo su superficie a la manera de un barniz de color blanco lechoso, como si se expectorara dentro, y cuando las tocamos con el asa y las retiramos en seguida dan siempre una tira, debido al carácter gomoso siempre constante.

En los medios enriquecidos con glúcidos y sobre todo con almidón, producen fermentaciones ácida y gaseosa.

Si los sembramos sobre papa glicerizada, el cultivo se extiende cubriendo la papa como un barniz, y en las 24 o 36 horas se va levantando por la formación de burbujas, que salen fuera del medio y luego se revientan; además la papa se va perforando en forma de cráter, cosa que es característica.

EXPERIMENTACION EN ANIMALES

Por inoculación no se logra reproducir las lesiones escleromatosas; por desintegración de las cápsulas del germen se produce



una endo-toxina que da fenómenos congestivos. Inoculando cultivos vivos o muertos, se produce un edema hemorrágico por el estilo del que da la bacteridia carbonosa; es el resultado de una toxemia. Por vía peritoneal produce un estado congestivo de tipo petequeial, y el animal muere.

SERO-AGLUTINACION

Las sero-aglutinaciones practicadas en enfermos clínicamente escleromatosos y en los cuales los cultivos habían sido positivos, y la histología patológica confirmado el diagnóstico, han sido muy variables, sin que haya llegado a adquirir esta prueba valor alguno.

INTRA-DERMO-REACCION

Con emulsión concentrada de bacilo de Frisch, ya en sus ampollitas, calentada durante una hora a 60 grados centígrados se practicó en toda clase de enfermos la prueba de la intra-dermo-reacción. Los resultados obtenidos fueron, lo mismo que en la aglutinación, tan variados que no se les puede dar valor alguno.

DESCRIPCION Y SINTOMATOLOGIA

El rinoscleroma se inicia por una inflamación de la mucosa nasal o rinitis, acompañada de abundante secreción, fluida al principio, y que más tarde se transforma en muco-purulenta, de olor nauseabundo; hay luego formación de costras amarillentas, firmes, que adhieren fuertemente a los tejidos subyacentes, y que al tratar de desprender determinan epistaxis pasajeras. Este período puede durar varios años, para ser sucedido por uno que se caracteriza por resecamiento de la mucosa, que aparece brillante y despulida, observándose tumefacciones esféricas, lisas, aisladas e indoloras, localizadas bien en el tabique o en la pared externa de las fosas nasales; en el resto de la mucosa se ve una infiltración difusa. Acompañan este período algunos síntomas discretos, tales como perturbaciones del olfato, y dificultad nasal respiratoria creciente, que en la mayoría de los casos es lo primero que llama la atención del paciente, y lo obliga a consultar.

En un período más avanzado se encuentra, en una de las fo-

sas nasale, o en ambas, tumoraciones duras como marfil, algunas veces cubiertas por secreción sero-purulenta, y sin tendencia a ulcerarse, de color rojizo, y que con gran frecuencia se extienden hasta el orificio nasal externo, determinando un borramiento del surco naso-geniano. Como consecuencia hay obstrucción de las fosas nasales más o menos acentuada según el tamaño de la tumoración, lo cual aumenta la dificultad respiratoria pre-existente, y transforma en nasal el timbre de la voz. Cuando el tumor es unilateral, la obstrucción de la fosa nasal opuesta se debe a la desviación del tabique, consecutiva a la compresión que sobre él ejerce la masa tumoral.

Un hecho que debe tenerse en cuenta en la diseminación de las lesiones escleromatosas, son las condiciones de menor resistencia en que se colocan las mucosas de las vías respiratorias (Faringe) como consecuencia de la disminución o abolición de la respiración nasal, ya que al ser ésta suplida por una respiración de tipo oro-faríngeo que no es la fisiológica, el aire inspirado no es sometido a los procesos de purificación, calentamiento y humedecimiento que en condiciones normales adquiere al atravesar las fosas nasales, de tal suerte que va a mantener dichas mucosas en un estado permanente de resecamiento, y de posible infección, que a la vez repercuten sobre su estado nutricional, determinando trastornos atrófico que facilitan el avance del proceso escleromatoso.

No es raro en este período avanzado ver aparecer síntomas tales como hipoacusia y otalgias, debidos a la obstrucción de la Trompa de Eustaquio, o posiblemente a la propagación del proceso, como también epífora, dacricistitis y dolores de los senos paranasales que acusan la misma causa. Estos fenómenos son por lo general unilaterales, correspondiendo al lado en que se implanta la tumoración.

La piel que recubre la nariz toma un aspecto acantósico, de color ligeramente pálido y con los poros de tamaño exagerado; al tacto se aprecia un aumento notable en la consistencia tanto de las partes blandas como de las cartilaginosas de la pirámide nasal, que se hacen duras y firmes, y al efectuarlo no se despierta sensación dolorosa alguna.

Todo esto conduce a una hipertrofia del lóbulo nasal, que se deforma por ensanchamiento de sus vertientes, presentando variables aspectos: unas veces globulosa y redondeada, otras en silla



Forma nasal Hipertrófica
Historia número 26.076.

de montar, y en algunos casos debido a la exageración del surco naso-frontal, da la apariencia de una mayor separación de los globos oculares. Las alas de la nariz por su endurecimiento y rigidez no pueden aplicarse contra el tabique, el cual en algunos casos aparece perforado.

En otras ocasiones el período inicial de rinitis no es seguido como frecuentemente ocurre por un estado de hiperplasia de la mucosa, sino que ésta más bien va a sufrir atrofia, dando origen a una forma que aunque no tan común como la primera no es raro observar, y cuyas manifestaciones exteriores son opuestas a las del tipo hipertrófico, pues la nariz ya no se ve aumentada de tamaño, sino que sus contornos se afilan, los conductos nasales se estrechan gradualmente, y la mucosa a la rinoscopia aparece lustrosa y retraída, es decir, se ha establecido una modalidad netamente atrófica.

Dado el carácter progresivo de su marcha, el proceso avanza ya hacia el exterior interesando el labio superior, ya al interior englobando los diversos órganos, pero siempre notándose un avance más rápido sobre las mucosas que sobre la piel.

Cuando la invasión se efectúa sobre el labio superior, puede adoptar una de las dos modalidades siguientes: o bien se forma sobre el labio una tumoración que bien pronto se ulcera y presenta abundante secreción, que se exagera por venir a sumarse al proceso inicial una infección secundaria, que determina el reblandecimiento de la masa tumoral y con ello la aparición de síntomas dolorosos, en cuyo caso es fácil si no se tienen en cuenta los síntomas iniciales el equivocarlo con un epitelioma, debiéndose dar en estos casos gran importancia a la ausencia de adenopatía que nunca se ha observado en el Rinoescleroma, así como a la falta de infiltración de las zonas vecinas. O también puede manifestarse bajo una forma infiltrante que se propaga a todo el labio, y el enfermo acusa un engrosamiento y endurecimiento de él.

En estas condiciones el proceso puede invadir las encías determinando la caída de los dientes, y pudiendo equivocarse con un épuлис, diagnóstico que nos aclararía el estudio anatómo-patológico de la biopsia.

De aquí siguiendo en su avance, ataca el paladar óseo, continuando en esta forma la invasión que se había iniciado por las encías, y revistiendo las características de una forma ulcerosa;

cuando invade el velo, ello se debe a la propagación de la lesión pre-existente en las chonas, y se manifiesta bajo un tipo escleromatoso.

En cualquiera de los casos la mucosa presenta alteraciones consistentes primero en congestión, después pierde su uniformidad y hacen su aparición pequeñas granulaciones que al tacto dan una sensación de dureza; y al ser practicado dicho tacto nos encontramos con un síntoma que pudiéramos considerar casi como patognómico de la invasión faríngea, cual es la desaparición del reflejo faríngeo, o al menos su disminución, lo cual obedece posiblemente a una esclerosis por invasión de los elementos nerviosos.

Sobre sesenta observaciones, treinta y cuatro presentaron abolición completa, catorce disminución y en doce se conservaba. Es claro que en aquellos casos en que se conservaba el reflejo, el proceso escleromatoso aún no presentaba síntomas de invasión faríngea.

Más tarde los pilares después de presentar un período de congestión, empiezan a engrosarse y a emitir prolongaciones fibrosas que los adhieren entre sí, y van ocultando las amígdalas hasta determinar su atrofia. La úvula es invadida presentando al principio alteraciones en su dirección, más tarde su base es atacada y como consecuencia se atrofia, desapareciendo totalmente y dejando en su lugar una cicatriz de color amarillento. En otros casos sólo se nota su disminución de tamaño.

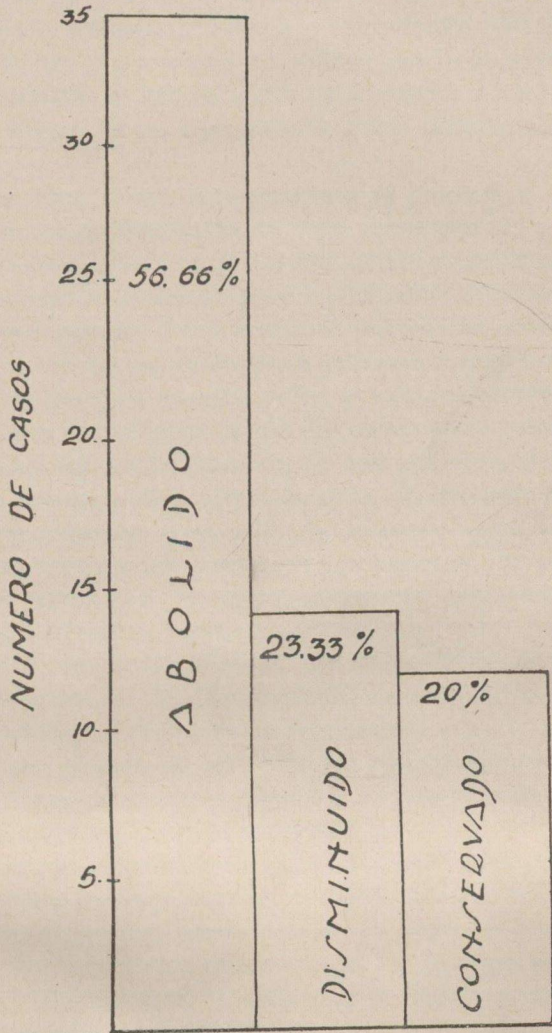
Tanto los pilares como el borde libre del velo pueden sufrir un proceso de retracción que los lleva a adherirse a la pared posterior de la faringe, obstruyendo totalmente la comunicación naso-faríngea. La mucosa faríngea aparece seca, brillante y granulosa.

En estas condiciones hay una modificación de la sensibilidad, que permite en muchos casos efectuar la biopsia sin necesidad de emplear anestesia; la abolición del reflejo faríngeo es franca, hay parálisis del velo, y se presenta la disfagia especialmente para los sólidos debido a la estrechez del istmo de las fauces, que en algunas ocasiones está representado por varios orificios pequeños limitados por bandas fibrosas. Hay notorias alteraciones del gusto.

El proceso siguiendo en su avance llega a atacar la laringe, la cual presenta una mucosa hiperplásica, de color grisoso, sin ulceraciones; la epiglotis que parece ser el primer elemento atacado aparece encartuchada, hay edema del repliegue glosa-epiglotico,



Forma Naso-Labial Hipertrofica Ulcerada
Historia número 24.833.



ESTADO
DEL REFLEJO FARINGEO

espesamiento de la mucosa sobre las bandas ventriculares y las cuerdas, que pierden su elasticidad y se hacen inmóviles, y que al soldarse en su parte anterior producen estenosis que determinan tos seca constante, ronquera, disfonía y aún afonía, dificultad creciente para respirar, y por último la asfixia que llega muchas veces a hacer necesaria la traqueotomía de urgencia. La mucosa de la base de la lengua se ve hipertrofiada y con abundante circulación colateral.

La tráquea llega a ser alcanzada por el proceso, y entonces aparece su mucosa hipertrofiada, lo cual determina una disminución de su luz más o menos variable, que puede conducir a la estenosis total. La superficie interior es irregular, observándose pequeñas muescas que pueden hacer variar el calibre del conducto.

En cuanto al estudio de las lesiones escleromatosas, localizadas por debajo de la glotis es de gran valor, a más del examen endoscópico, el examen radiológico, según lo anota en su tesis de grado el doctor Jorge Amorcho Carreño, ya que con él se obtiene una imagen de caracteres suficientemente netos de las lesiones escleromatosas, especialmente si se trata de casos de larga evolución. Esto le permitió llegar a las siguientes conclusiones: "El escleroma radiológico se caracteriza por cuatro elementos especiales y concordes con los fenómenos anatómo-patológicos:

1) Espesamiento de la mucosa. 2) Aumento de la densidad de los tejidos enfermos. 3) Irregularidad en sus límites. 4) Estenosis de los conductos en forma de mangoito".

En cualquier período de su evolución es importante hacer resaltar dos síntomas de carácter negativo: la ausencia de adenopatía y de generalización de la enfermedad.

Presento a continuación una valiosa observación, que respecto a la posibilidad de degeneración maligna, hace el doctor Roberto Restrepo, en su trabajo presentado en el Segundo Congreso Interamericano de Radiología celebrado en La Habana en 1946, y que dice así: "De nuestros 81 enfermos de práctica privada, no hemos tenido un solo caso con degeneración maligna; en tanto que en el Instituto de Radium (niña de 10 años) degeneró en un epiteloma escamo-celular típico, que mató a la enferma en el Instituto cinco años después con síntomas clínicos de metástasis en el cerebro. Un enfermo de 35 años tuvo un rinoscleroma que evolucionó hacia epiteloma atípico; fue perdido de vista un año después,

y es de suponer que haya muerto; uno en que la lesión degeneró en endotelioma; y otro en que la evolución final fue un fibrosarcoma. Otro presentaba a la vez escleroma y pólipo nasal".

A continuación hacemos mención, basados en las observaciones hechas en los casos estudiados para la presentación de este trabajo, de la posible influencia que en su aparición pueden desempeñar algunos factores.

CLIMA:

El clima parece no tener influencia en su aparición, ya que se registran casos correspondientes a sus diversas variedades, desde los ardientes hasta los páramos. En la gráfica correspondiente a temperatura, se puede apreciar la poca variación de la curva.

EDAD:

En cuanto a la edad en que aparece si es un factor que juega un gran papel, toda vez que el mayor número de casos, como lo demuestra la gráfica, se presentan en personas jóvenes, cuya edad oscila entre los 20 y los 40 años; cabe por lo tanto referir aquí el dato estadístico obtenido del estudio de sesenta casos.

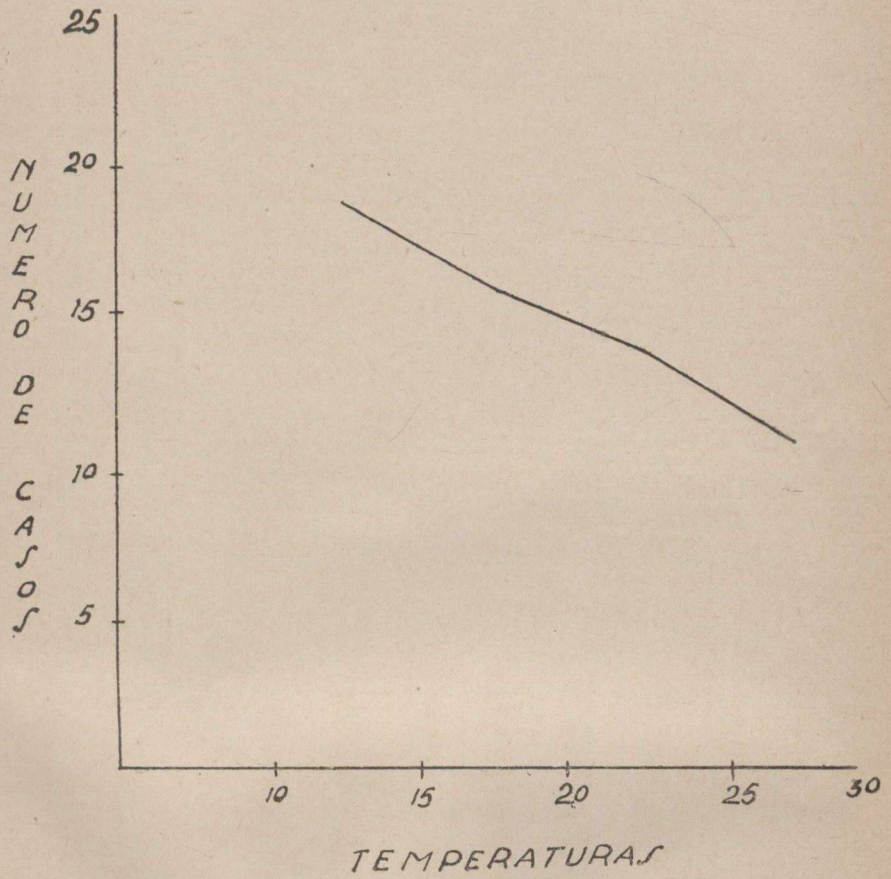
No se observó antes de los diez años; entre los diez y los veinte se presentaron ocho, o sea un 13,33%; de los veinte a los treinta veinticinco casos, lo que da un 41,66%; de los treinta a los cuarenta, quince, o sea un 25%; de los cuarenta a cincuenta, cinco, o sea un 8,33%; de cincuenta a sesenta, tres, o sea un 5% de sesenta a setenta, dos, o sea, 3,33%; de setenta a ochenta, uno, o sea, 1,68%.

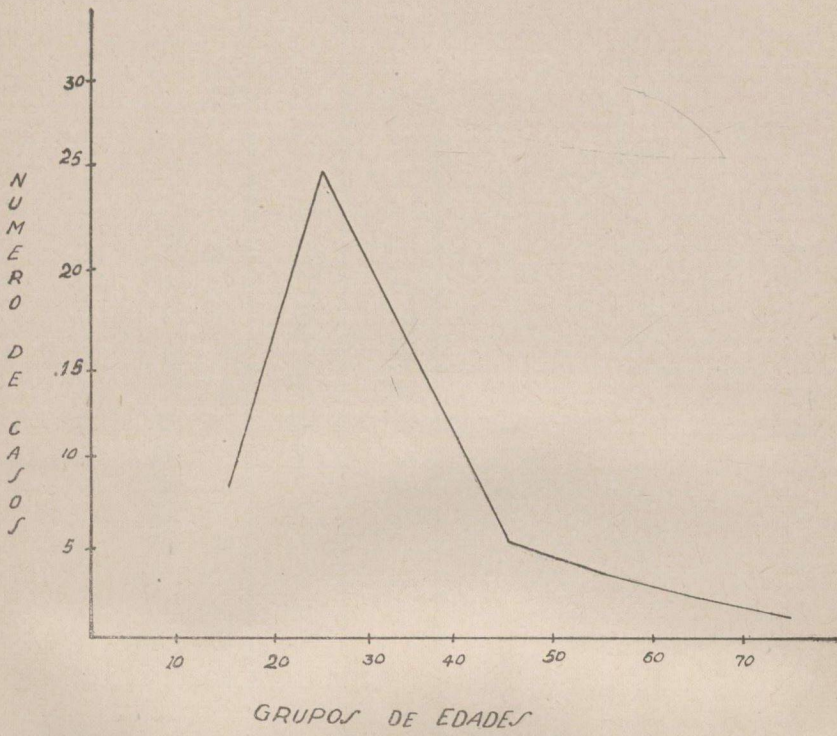
SEXO:

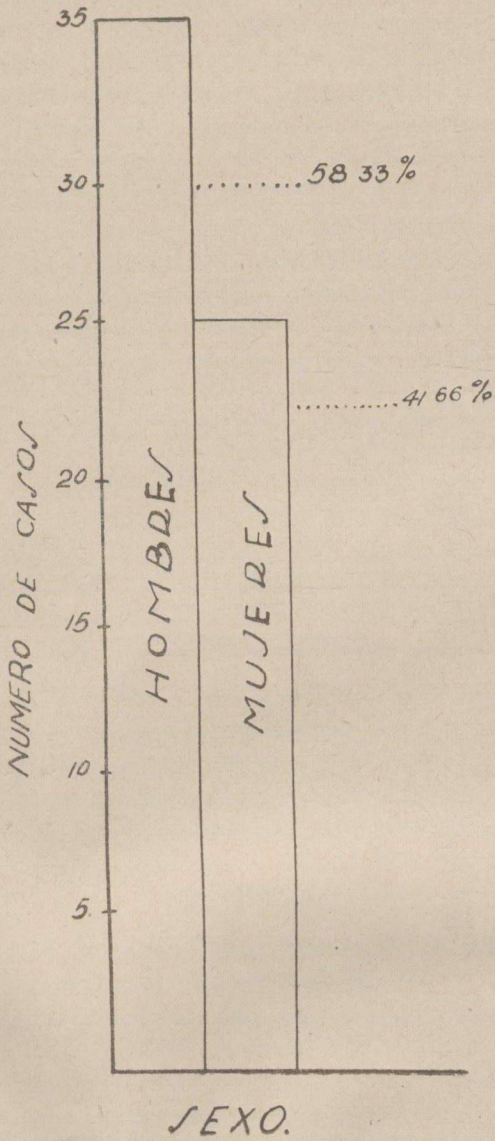
En lo que hace relación al sexo, hay autores como el doctor Fernández Blanco, que sostiene en su tratado de Dermatología, la mayor frecuencia en la mujer, lo cual no coincide con los datos de nuestras observaciones, ya que sobre sesenta casos, treinta y cinco corresponden a hombres, y veinticinco a mujeres, o sea un 16,67% de mayor incidencia en el hombre. Para mayor claridad ver la gráfica correspondiente.

PROFESION:

En cuanto a la profesión vale la pena anotar que la mayoría







de los casos se observan en campesinos dedicados a las labores agrícolas, factor que no considero causal o coadyuvante, pues quizá se deba más que todo a las condiciones de vida en cuanto hace referencia al aspecto higiénico y nutricional, dos factores que como es sabido juegan importantísimo papel en la aparición de un buen número de entidades patológicas; toda vez que este conglomerado social a que me refiero está sometido entre nosotros a un nivel de vida precario.

A este respecto es importante hacer referencia a las observaciones hechas por el doctor Almanzar en sus conferencias de Bacteriología, en donde cita la relación que existe entre la frecuencia del rinoscleroma con la presencia del añil, y se ha pensado entonces en un posible papel desempeñado por dicha leguminosa.

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD:

Es lenta, pudiéndose ver casos de diez y más años de evolución con una sintomatología muy discreta, pero se caracteriza por su invasión continua y progresiva, y nunca, según Kaposi, se observan manifestaciones que indiquen una metamorfosis regresiva de la neoformación.

COMPLICACIONES:

Pudiéramos citar como complicaciones la tuberculosis pulmonar, las bronconeumonías, la asfixia que lleva a la traqueotomía de urgencia, las adherencias del velo y los pilares a la pared posterior a la faringe, la dacriocistitis y las sinusitis, entidades que en la mayoría de los casos son las que marcan el final de dichos enfermos.

PRONOSTICO:

El pronóstico es grave desde todo punto de vista, máxime si tenemos en cuenta que la mayoría de los enfermos consultan en períodos ya muy avanzados; pero hoy gracias a los resultados obtenidos con los diversos tratamientos, a la vez que la facilidad de hacer un diagnóstico precoz, se puede esperar mucho en favor de quienes son atacados por esta enfermedad.

DIAGNOSTICO POSITIVO:

Podemos orientarlo de acuerdo con los órganos que haya in-

vadido el proceso. Así cuando solamente se halla atacada la nariz, se hará con relativa facilidad teniendo en cuenta: un período de rinitis más o menos crónica, crecimiento de la pirámide nasal, endurecimiento de las partes blandas de la nariz, dificultad respiratoria nasal que va aumentando progresivamente, ausencia de dolor, lentitud en la marcha, hipertrofia de la mucosa endo-nasal, y más tarde vendrá a sumarse la presencia de masas tumorales endo-nasales, con sus características ya descritas.

Si la faringe se encuentra envuelta en el proceso aparecerán nuevos síntomas, como abolición del reflejo nauseoso, pérdida de la sensibilidad al dolor, sensación de resecaimiento faríngeo, disfagia especialmente para los sólidos, alteraciones o desaparición de la úvula, atrofia de las amígdalas, soldadura de los pilares entre sí y con la pared posterior de la faringe, timbre nasal de la voz y alteraciones del gusto.

Una vez que la laringe es englobada en el proceso escleromatoso, vienen a sumarse las alteraciones de la voz, que al principio se manifiestan por disfonía, y más tarde por afonía total; las molestias respiratorias pre-existentes se transforman en disnea continua, luego en ortopnea; la mucosa de la base de la lengua se hipertrofia y presenta abundante circulación colateral, la epiglotis se ve encartuchada, las bandas ventriculares y las cuerdas vocales infiltradas e inmóviles.

Hay algunos síntomas que nos pudieran orientar sobre la posible invasión de otros órganos; así, por ejemplo, la hipoacusia y la otalgia estarían denunciando una posible propagación escleromatosa a la mucosa que reviste la Trompa de Eustaquio; la dacriocistitis invasión al conducto lacrimo-nasal; algunas manifestaciones del lado de los senos para-nasales, tales como dolores, serían el anuncio de su propagación a estas cavidades, aunque también lógicamente podrían atribuirse a la falta de ventilación determinada por la obstrucción nasal.

CAPITULO II

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Al establecer el diagnóstico diferencial del rinoscleroma con las diversas entidades patológicas con que puede equivocarse, lo haremos con aquellas más comunes en nuestro medio y que ofrecen mayor peligro de confusión, tanto por la similitud de sus síntomas como de sus lesiones anatómicas; además, plantearemos dicho diagnóstico en sus localizaciones más frecuentes, tales como la nasal, la faríngea y la laríngea.

Aunque en algunos casos la clínica por sí sola sería suficiente para establecer el diagnóstico, no obstante siempre se impone el examen anatomo-patológico, siendo un resultado positivo suficiente, no así en casos de resultado negativo, máxime si las sospechas son lo suficientemente fundamentadas, en cuyo caso se hace necesaria la práctica de repetidos exámenes, tomando biopsias de distintos sitios de la lesión, pues se ha visto en muchos casos que sólo después de tres o cuatro exámenes se ha logrado un resultado positivo.

A) LOCALIZACIONES NASALES

a) Sífilis

Los antecedentes, la marcha de la enfermedad, los trastornos concomitantes, las reacciones serológicas, los resultados obtenidos con un tratamiento de prueba, serían datos más que suficientes para establecer la diferenciación de estas dos entidades, pero no creo superfluo hacer referencia a algunas de sus manifestaciones clínicas.

La sífilis nasal aparece por lo general en el período terciario bajo el aspecto de gomas que bien pronto se ulceran, es secundaria a otras localizaciones; el rinoscleroma es primitivamente nasal, y su primera manifestación es una rinitis; las ulceraciones de

la sífilis son de bordes duros, tallados a pico, de fondo hueco, anfractuoso, en tanto que en el rinoscleroma cuando se presentan son más bien que ulceraciones erosiones superficiales, redondeadas, indoloras y que raramente profundizan; en la sífilis la nariz es destruida por bloques, mutilada irregularmente y convertida en una verdadera cloaca por perforación y necrosis, con eliminación de secuestros, y en el rinoscleroma excepcionalmente se observa tal destrucción, y cuando se presenta se localiza únicamente hacia la parte inferior del tabique; la sífilis se acompaña de adenopatía, el rinoscleroma no. Dado el caso que al efectuar las reacciones serológicas éstas resulten positivas, no estamos autorizados de manera alguna para desechar la posibilidad del rinoscleroma, ya que como lo hemos dicho pueden coexistir, y por lo tanto debemos practicar si es necesario repetidos exámenes histológicos, máxime si después de efectuado el tratamiento anti-luético no hay modificación de las lesiones.

b) Tuberculosis:

La tuberculosis nasal casi siempre es secundaria a una tuberculosis visceral, el estado general del paciente se encuentra profundamente alterado, es una enfermedad de carácter destructivo que ataca de manera especial la parte anterior o cartilaginosa del tabique leterminando su perforación, no se observan alteraciones en la consistencia y tamaño de la pirámide nasal; el rinoscleroma es primitivamente nasal, el estado general del paciente se conserva, es de carácter constructivo, hay alteraciones de la consistencia y tamaño de la pirámide nasal. Pero lo que verdaderamente va a definir el diagnóstico son los diversos métodos de laboratorio con que contamos para tal fin, como radioscopias y radiografías pulmonares para investigar la presencia de un foco tuberculoso, la baciloscopia para buscar el bacilo de Kock en el esputo y en las secreciones, y finalmente el estudio anatomo-patológico de las lesiones.

c) Ozena:

La mayor posibilidad de equivocar estas dos entidades sería aquella en que el rinoscleroma adopta el tipo atrófico; pero si tenemos en cuenta que el ozena es más común en el sexo femenino, que suele hacer su aparición antes de la pubertad, que es de ca-

rácter familiar, que es bilateral, que la atrofia tanto de la mucosa como de los cornetes es mayor a la que puede presentarse en el rinoscleroma, y por tanto determina una amplitud extraordinaria de las fosas nasales; y sobre todo esto hay un síntoma que la hace inconfundible, cual es la gran fetidez de las costras y las secreciones, la cual se exagera durante el período menstrual, y desaparece casi totalmente al eliminar las costras. Por último, recurrimos a la anatomía patológica.

d) Leishmania:

Es quizá la enfermedad que mayor similitud presenta clínicamente con el rinoscleroma, por lo cual el diagnóstico diferencial debe basarse en los diversos exámenes de laboratorio, tales como búsqueda de Leishmania en las secreciones, y estudio anatomo-patológico de las lesiones, que en muchas ocasiones se hará necesario repetirlos. No obstante la existencia de Phlebotomus en la región de procedencia del enfermo, su iniciación por una úlcera localizada en la mucosa, la presencia simultánea de úlceras localizadas en otras partes del cuerpo como orejas, piernas, antebrazos; las características de la úlcera, la cual se infiltra profundamente en los tejidos y determina graves destrucciones de la nariz, labios y lengua, la existencia de complicaciones linfáticas, y las manifestaciones de infección visceral concomitante, son síntomas que nos inclinan más a sospechar una leishmaniasis que un rinoscleroma.

e) Lepra:

La práctica de un examen general detenido y concienzudo nos servirá en gran número de casos para descartar esta enfermedad, ya que ella reviste una sintomatología definida.

La lepra de las fosas nasales es casi siempre secundaria a otras localizaciones, y por lo tanto cuando ella se presenta ya se han establecido en otros sitios gran número de manifestaciones clínicas que permiten orientar el diagnóstico. Así, podemos encontrar placas acrómicas que presentan alteraciones de la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa; habrá infiltración de los nervios que aparecen engrosados, el paciente acusa sensación de pinchazos o de embotamiento de las extremidades, como también de hormigueo, habrá zonas de depilación especialmente notorias a nivel de las

cejas, todos ellos síntomas que no se observan en caso de rinoescleroma, al no ser como lo han observado algunos autores que las dos entidades estén evolucionando al mismo tiempo, en cuyo caso corresponde al laboratorio definir la cuestión.

f) Cáncer:

Es especialmente importante este diagnóstico diferencial en casos de rinoescleroma de tipo naso-labial ulcerado, o destructivo, y debemos sobre todo establecerlo con el epiteloma, para lo cual nos fijaremos en las características de la infiltración, en la presencia o ausencia de adenopatía, que como ya lo hemos dicho no la hay en el rinoescleroma, y en la coexistencia de lesiones de la nariz que siempre acompañan a éste, y por último debemos complementar con el estudio histológico.

B) LOCALIZACIONES FARINGEAS:

a) Sífilis:

La sífilis faríngea por lo general es propia del período terciario, por lo cual los antecedentes serán una buena orientación; se puede presentar sin que anteriormente haya habido manifestaciones nasales, las cuales nunca faltan en el faringoesccleroma; se inicia por nódulos gomosos localizados especialmente sobre el techo de la faringe y la parte faríngea del paladar blando, y que bien pronto se ulceran por necrosis, apareciendo ulceraciones que muestran los bordes cortados a pico, de contornos engrosados, duros y de color rojo vivo; por destrucción de todos los nódulos la ulceración alcanza pronto grandes dimensiones, hay dolor intenso, especialmente a la deglución, muy pronto se presentan perforaciones del velo de preferencia en el límite del paladar blando y el óseo. El escleroma en su localización faríngea se manifiesta al principio por sensación de resecaimiento de la mucosa, la cual al examen aparece seca, brillante, y los nódulos cuando se presentan se localizan en las choanas y paredes laterales, son duros, casi nunca se ulceran, no hay destrucción del paladar, el reflejo faríngeo está abolido, las glándulas se atrofian, y hay pérdida más o menos acentuada de la sensibilidad.

b) Tuberculosis:

Casi siempre es secundaria a una tuberculosis pulmonar, por

lo cual debemos investigar la presencia de focos en este órgano; el escleroma faríngeo es secundario al escleroma nasal; la tuberculosis se presenta bajo el aspecto de extensas zonas de infiltración que bien pronto se ulceran, y las lesiones escleromatosas no tienen tendencia a ulcerarse; la tuberculosis se acompaña de adenopatía y de intensos dolores, y en el escleroma no se ven estos síntomas, y en cambio se presenta la abolición del reflejo faríngeo, el cual está conservado en la tuberculosis.

c) Cáncer:

El cáncer de la faringe da rápidamente metástasis ganglionares del cuello y aparecen antes de que el paciente se dé cuenta de su afección de la garganta, el escleroma no presenta infartación ganglionar, y el paciente por lo general lo primero que acusa es una sensación de resecamiento de la garganta; en el cáncer está conservado el reflejo faríngeo, en el escleroma su desaparición es precoz; el cáncer tiene gran tendencia a ulcerarse, el escleroma se presenta bajo el aspecto de granulaciones duras, indoloras, que excepcionalmente se ulceran; por último, el estudio anatómo-patológico de las biopsias que en todos los casos deben practicarse aclarará el diagnóstico.

C) LOCALIZACIONES LARINGEAS:

a) Sífilis:

Los antecedentes luéticos, la ausencia de síntomas nasales y faríngeos, que nunca faltan en el escleroma, la presencia a la laringoscopia directa de infiltraciones gomosas ulceradas por reblandecimiento, la coexistencia de pericondritis, el engrosamiento de los cartílagos tiroideos y cricoides determinados por extensión al exterior del proceso gomoso, la imagen radiológica en la cual no se aprecia aumento de la densidad de los tejidos enfermos, ni estenosis del conducto en forma de manguito, son síntomas que hablan en favor de una lesión de carácter específico.

b) Tuberculosis:

Por lo común el paciente refiere antecedentes pulmonares, la

radioscopia y la radiografía pueden evidenciar la existencia de focos tuberculosos, la baciloscopia con alguna frecuencia es positiva; a la laringoscopia la lesión se traduce por ulceraciones localizadas y recubiertas de mucosidades, o por vegetaciones, hay dolor intenso, y la disfagia es tan marcada que el enfermo teme hasta tragar la saliva; en el laringoescleroma los antecedentes son rino-faríngeos, los exámenes pulmonares así como la baciloscopia son negativos; a la laringoscopia en casos de escleroma la lesión se manifiesta por hiperplasia de la mucosa, sin ulceraciones, la mucosa de la base de la lengua se ve hipertrofiada y con abundante circulación colateral, la epiglotis aparece encariuchada, los síntomas dolorosos no son tan marcados.

c) Cáncer:

Es una enfermedad del sexo masculino en un 90% de los casos, y el escleroma puede decirse que no tiene predilección por ningún sexo; influyen en la aparición del cáncer ciertos factores como el uso del tabaco, del alcohol, los estados irritativos permanentes, que parece no juegan ningún papel en el escleroma; es esencialmente primitivo, el escleroma casi siempre es secundario a localizaciones rino-faríngeas, es unilateral, el escleroma por lo general ataca ambas nemilaringes; se ulcera precozmente y el escleroma no lo hace; ataca a los cartílagos, y el escleroma los respeta; hay odenopatía, y en el escleroma no; la disfonía evoluciona más rápidamente que en el escleroma.

CAPITULO III

ANATOMIA PATOLOGICA

Las lesiones histológicas del rinoscleroma se encuentran localizadas especialmente en el corión de las mucosas o dermo-mucosas bajo la forma de una infiltración abundante, caracterizada por numerosos elementos de inflamación, sostenidos por un estroma fibro-histiocitario, a veces esclerosado y que da a la lesión su dureza característica. Entre los elementos inflamatorios figuran: linfocitos, plasmocitos, mononucleares, polinucleares neutrófilos y eosinófilos, siendo las células plasmáticas medianas las más numerosas en la generalidad de los casos. Además, existen los Cuerpos de Russell y las Células de Mikulicz, que son las que precisan el diagnóstico, de ahí que más adelante nos detengamos en su descripción.

El epitelio en caso de ser epidermoide puede estar modificado por hiperplasia, acantosis e hiperkeratosis. Cuando el epitelio es de tipo respiratorio, está siempre desprovisto de sus pestañas vibrátiles, y la mucosa respiratoria puede sufrir metaplasia epidermoide.

Los elementos vasculares sufren alteraciones, siendo la más llamativa la reducción de su calibre, lo cual obedece a la hiperplasia de sus túnicas media y adventicia que se encuentran ampliamente infiltradas. Se observa también la presencia de neocapilares.

CUERPOS DE RUSSELL:

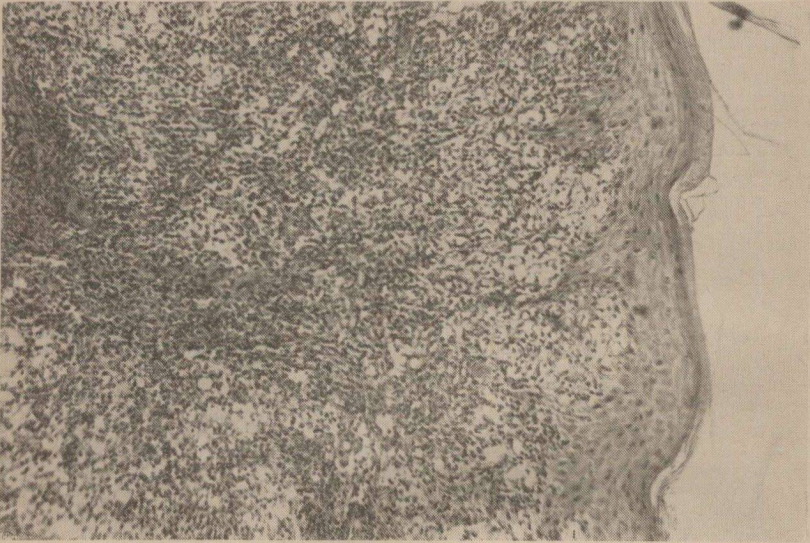
Son plasmocitos modificados por degeneración granulohialina. Se presentan en forma de discos o conglomerados de esferulas brillantes, hialinas, intensamente teñidas por la eosina.

Ocasionalmente presentan en la periferia un pequeño e irregular cuerpo nuclear, que representa un último estado de la cario-

rexis del núcleo del plasmocito. Anotamos que los cuerpos de Russell se encuentran ocasionalmente en cualquier proceso inflamatorio en el que aparezcan plasmocitos.

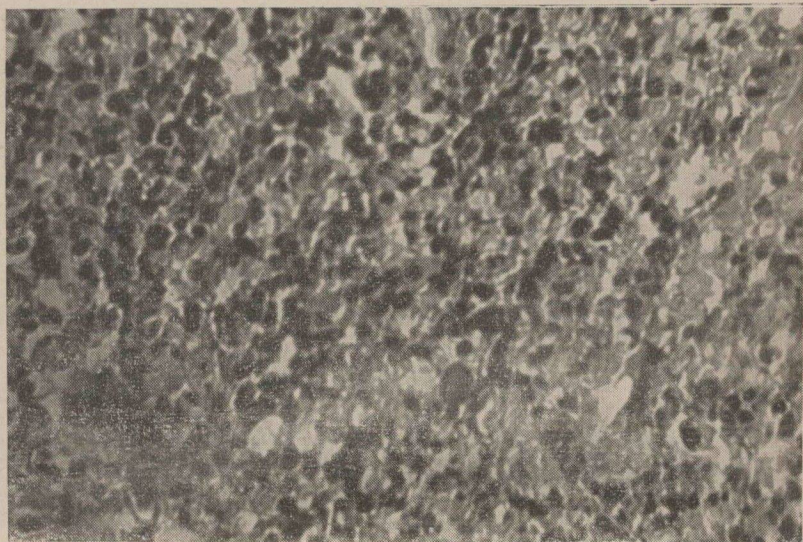
CELULAS DE MIKULICZ:

Son grandes histiocitos vacuolares, con núcleo periférico, que presentan en su interior diplo-coco-bacilo-encapsulados de Frisch que colorean electivamente con Giemsa.



Epitelio epidermoide de revestimiento. Chori6n de la mucosa engrosado, proliferado, y densamente infiltrado por linfocitos, plasmocitos, y c6lulas vacuolares de Mikulicz (que albergan el bacilo de Frisch).

Historia n6mero 21351. - Placa n6mero 49/2330.



Zona profunda del corión infiltrada por linfocitos, plas-
mocitos, Células vacuolares de Mikulicz y Cuerpos
de Russell.

Historia número 27.698. - Placa número 52/954.

CAPITULO IV

TERAPEUTICA:

Es nuestra intención al describir este capítulo de la terapéutica del rinoscleroma, dejar sentadas las bases que han de servir de orientación en la conducta que debe guiarnos frente a un caso perfectamente diagnosticado mediante los diversos métodos de examen.

Si bien es cierto que en la hora actual el tratamiento fundamental lo constituyen el Radium y los Rayos X Profundos, no por esto hemos de desechar el papel que juegan como coadyuvantes en el resultado final los medios médicos y quirúrgicos; por lo cual hemos de esponer por separado cada uno de estos sistemas

TRATAMIENTO MEDICO:

Desde épocas remotas se han venido empleando diversos productos medicamentosos en el tratamiento de esta enfermedad; así vemos como Biesner usó la cauterización con flechas finas de Cloruro de Zinc, Kaposi preconizó las inyecciones de ácido ósmico, Lang abogó por el empleo del ácido salicílico al 0,5% en inyecciones intersticiales, y otros autores usaron el salicilato de soda tanto en inyecciones como en duchas naso-faríngeas; luégo se ensayaron inyecciones parenquimatosas de ácido fénico al 1%, inyecciones intersticiales de Licor de Fowler, de yodoformo y de sublimado al 1%; últimamente con el empleo de la estreptomicina se abrigaron alentadoras esperanzas, que muy pronto se desvanecieron, al comprobar mediante la observación de los pacientes así tratados, la nulidad de sus efectos. En síntesis podemos decir que ningún tratamiento médico cura, ni detiene la evolución del proceso escleromatoso.

Pero la finalidad que nos proponemos en la actualidad con este tratamiento, no es la de curar la enfermedad, sino la de poner

al paciente en condiciones de someterlo al tratamiento básico, mediante el mejoramiento de su estado general, combatiendo aquellas enfermedades intercurrentes que con gran frecuencia se observan en ellos, tales como el parasitismo intestinal, la anemia y la hiponutrición.

Esto sugiere la necesidad de practicar a dichos enfermos un chequeo completo, que comprenda el examen médico general, exámenes de laboratorio como cuadro hemático, tiempos de coagulación y de sangría, proirombina, examen químico de sangre y orina, examen coprológico, etc., con lo cual podremos llenar en una forma más completa nuestro objetivo, ya que queda en mejores condiciones para realizar los tratamientos subsiguientes.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

El objetivo de este tratamiento es el de facilitar posteriormente el empleo del Radium y de los Rayos X, puesto que si estamos frente a una fosa nasal obstruída, bien por bridas o tumoraciones, la colocación de sondas intra-nasales no será posible, si previamente no eliminamos dichos obstáculos. La técnica a seguir en estos casos varía de acuerdo con la localización y tamaño de la masa tumoral. Previa anestesia local por instilación con cocaína o por infiltración con procaína al 2%, si se trata de una masa pequeña y pediculada que permita el paso del ansa se hará con el polipótomo; si es demasiado grande y de base ancha se realizará a bisturí y tijera. En cualquiera de estos casos puede presentarse como complicación una hemorragia, que se combatirá por taponamiento, el cual se retira a las 24 horas. Cuando la tumoración se encuentra localizada en la faringe o en la laringe, se recurre a la electrocoagulación para extirpación.

También podemos considerar aquí el tratamiento quirúrgico de algunas de las complicaciones, como el desprendimiento de adherencias del velo del paladar a la pared posterior de la faringe, la traqueotomía de urgencia en casos de asfixia, y la resección del saco lacrimal en casos de dacriocistitis.

Las dilataciones instrumentales con bujías de Hegar, que se practican tanto antes como después del tratamiento básico, en casos de obstrucción, efectuando dos sesiones semanales, en cada una de las cuales se pasan tres o cuatro bujías de número ascendente, y que tienen por objeto mantener la permeabilidad nasal.

TRATAMIENTO RADIUMTERAPICO Y ROENTGENTERAPICO:

La terapéutica del rinoscleroma por medio del Radium y de los Rayos X, se orienta en la actualidad según el grado de evolución y de invasión que haya alcanzado, por lo cual la conducta a seguir la determinan estos dos factores.

Cuando la localización de la lesión se halla circunscrita únicamente a la mucosa endonasal, sin que hayan alteraciones de la pirámide ni en su tamaño, ni en su consistencia, se emplea el radium intra-nasal según la técnica siguiente:

Una vez establecida la permeabilidad por los procedimientos ya descritos, y bajo anestesia general con pentotal, se colocan en una o en ambas fosas nasales, según el caso, sendas sondas de caucho amelólicas que llevan en su interior una carga de dos o tres tubos, de acuerdo con el calibre de las fosas y la edad del paciente, generalmente de 6,66 mgms. H. c. u., que se dejan actuar hasta alcanzar una dosis total sobre el tabique de 2.000 a 3.000 "r", lo cual se consigue en una o en dos sesiones.

Si ya hay manifestaciones tales como aumento de la pirámide nasal en su tamaño y consistencia, al tratamiento anterior se suman los Rayos X Profundos externos, en un campo que abarca toda la pirámide nasal, hasta alcanzar una dosis de 1.500 "r" en piel, lo cual se consigue aproximadamente en diez sesiones y en un término de quince días.

Si existe sintomatología que denuncie una invasión de los senos para-nasales, el campo de irradiación se extiende lateralmente hasta el punto de dejarlos comprendidos, o sea, hasta obtener un campo Naso-Bimalar; que también pudiera ser Orbito-Naso-Bimalar si el proceso ha alcanzado los canales lacrimo-nasales. La dosis en estos casos oscila entre 1.500 y 2.000 "r" en piel.

Cuando el proceso se ha extendido a la faringe y a la laringe, a la técnica anterior le sumamos dos campos más de Rayos X Profundos, que denominaremos Faringo-Laríngeo derecho e izquierdo, respectivamente, y se practicarán las irradiaciones hasta obtener una dosis total en mucosa faringo-laríngea de 2.000 "r", lo cual se logra en un número aproximado de veinte sesiones dadas en veinticinco días.

Es lógico suponer que para alcanzar la dosis de 2.000 "r" en mucosa, la dosis dada en piel variará en proporción directa con el

espesor de los tejidos interpuestos.

Las dimensiones de estos campos faringo-laríngeos, por lo general son de 15 cms. de alto, correspondiendo el límite superior con el techo de la naso-faringe, y el inferior con el cartílago cricoides; y de 6 a 8 cmrs. de anchura.

En cuanto a las lesiones palatinas quedan sometidas a la irradiación de los campos anteriormente descritos, o sea, que las del paladar óseo las abarca el campo naso-malar, y las del membrano los campos faringo-laríngeos.

AUTO-HEMO-TERAPIA IRRADIADA:

Cuando el proceso se inicia o por el contrario cuando ya hay invasión de la tráquea y bronquios, se recurre al empleo de la auto-hemo-terapia irradiada, cuya técnica de aplicación es la siguiente:

Se extraen el primer día 20 cc. de sangre, los cuales se irradian con 450 "r" y luego se inyectan por vía endovenosa lentamente; se sigue con una aplicación cada tercer día, observando la técnica anterior, con la única diferencia que en cada nueva inyección, se aumentan 20 cc. y así hasta lograr una aplicación de 200 cc.; una vez alcanzada procedemos en sentido inverso, o sea que en cada aplicación le vamos restando 20 cc., con esto obtendremos un número de veinte inyecciones con un total de 2.200 cc. de sangre irradiada.

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO:

En cuanto al tratamiento con Radium y Rayos X es importante anotar en algunos casos la destrucción del tabique en su porción cartilaginosa, y del velo del paladar, si bien es cierto que podría también atribuirse al mismo proceso patológico.

Suele también presentarse eritema y pigmentación de la piel irradiada, así como estados pasajeros de faringitis que ceden una vez suspendido el tratamiento.

Respecto a la auto-hemo-terapia irradiada, es raro observar manifestaciones atribuibles al tratamiento, si bien es cierto que en algunos casos se presentan cefaleas, vómitos, reacción febril, taquicardias y lipotimias que pueden ser más bien consecuencia de

un estado de nerviosidad del paciente, y que nunca adquieren caracteres graves.

RESULTADOS:

Al valorar los resultados obtenidos con los diversos métodos de tratamiento que he consignado en este trabajo, es necesario apreciarlos, por un lado en relación con la mejoría subjetiva que experimenta el paciente, y por otro en cuanto se refiere a la regresión o detención de las lesiones anatómicas.

Respecto a lo primero, es bastante llamativo el hecho de que la dificultad respiratoria nasal, mejora en un alto porcentaje, debido a que se establece una buena permeabilidad nasal; de igual manera se aprecia la desaparición de síntomas tales como la disfagia, hipoacusia, otalgias y dolores para-nasales; en cambio el reflejo faríngeo que en la mayoría de los casos se encuentra abolido, no se restablece.

En cuanto a las lesiones anatómicas debemos decir, que la mejoría está en razón directa con la precocidad con que se haga el diagnóstico y se inicie el tratamiento.

Por lo general los resultados si no son definitivos, al menos son bastante alentadores, ya que en muchos casos se ha logrado la regresión, o la detención del proceso escleromatoso, sin que en controles posteriores, que deben ser de rutina en esta clase de enfermos, se hayan encontrado lesiones en evolución, a pesar de haber transcurrido varios años después del tratamiento.

Los esquemas de tratamiento que hemos dejado consignados, son los que actualmente rigen la conducta terapéutica que se sigue en el Instituto Nacional de Cancerología, y que han sido el resultado de múltiples observaciones tendientes a buscar las dosis de Radium y de Rayos X más apropiadas, los sistemas de aplicación más fáciles y económicos, y que ofrezcan menor peligro para los pacientes y al mismo tiempo les aseguren un resultado más satisfactorio, toda vez que ha reinado una completa anarquía en cuanto a métodos de aplicación y valorización de dosis tanto en Radium como en Rayos X.

CUADRO DE TRATAMIENTOS

TRATAMIENTO	N. Casos	RESULTADOS AL AÑO			
		Bueno	Regular	Malo	Sin Control
Rayos X Profundos	19	7	5	2	5
Radium	16	6	4	2	4
Rayos X y Radium	17	8	6	1	2
Rayos X y Aut-Hemo	3	1	1	0	1
Rayos X Aut-Hemo y Radium	1	1	0	0	0
Aut-Hemo-Terapia	2	0	1	1	0
Estreptomicina	2	0	0	1	1
Totales	60	23	17	7	13

CAPITULO V

PRESENTACION DE HISTORIAS:

Número de la Historia	20.347
Nombre	M. H.
Edad	25 años
Natural de	Funza (Cund.)

Marzo 22 de 1949. — Consulta la paciente porque desde hace seis meses, empezó a tener dificultad para respirar por la fosa nasal derecha, y simultáneamente notó la formación de un tumor en esta fosa, y más tarde otro en la izquierda, tumores que fueron aumentando de volumen hasta llegar a obstruir totalmente las fosas.

A la inspección se nota un ensanchamiento de la nariz, especialmente de las aletas, las cuales como las demás partes cartilagosas de la nariz ofrecen una consistencia dura.

En ambas fosas nasales se ven sendos tumores que llegan hasta los orificios externos, de color rojizo, y que obstruyen totalmente la luz haciendo imposible la respiración nasal.

Al examen de la oro-faringe sólo se aprecian las paredes faríngeas recubiertas por una secreción purulenta, y las amígdalas atrofiadas. El reflejo faríngeo está conservado.

A la laringoscopia indirecta no se observa ninguna alteración.

El examen serológico es negativo según boletín número 19094.

Se toma biopsia del tumor endo-nasal izquierdo, y se remite al laboratorio con diagnóstico de RINOESCLEROMA, el cual es confirmado según examen número 49.717.

Se inicia tratamiento con Rayos X en un campo naso-bi-malar hasta una dosis total de 1.600 "r" que se dan en cinco sesiones repartidas en ocho días.

En controles sucesivos practicados cada seis meses, se ha podido comprobar una mejoría satisfactoria, sin presentarse proceso alguno en evolución.

Número de la Historia.. 21.351
Nombre R. A. M.
Edad 25 años
Natural de... Cali (Valle)

Agosto 12 de 1949. — Consulta la paciente porque desde hace cuatro años ha notado dificultad para respirar por la nariz, la cual ha ido progresando. Hace cinco años le practicaron una intervención quirúrgica de la que no da detalles, y a raíz de la cual experimentó una mejoría pasajera.

A la inspección se aprecia un discreto ensanchamiento del surco naso-geniano izquierdo, y a la palpación la pirámide nasal ofrece una consistencia normal y no se despierta dolor.

A la rinoscopia anterior la fosa nasal izquierda aparece parcialmente obstruida por un tumor de consistencia firme, no ulcerado y que no sangra. La fosa nasal derecha está reducida en su calibre por desviación del tabique, pero no existe neo-formación alguna.

Al examen de la oro-faringe sólo llama la atención la abolición del reflejo faríngeo.

Se hace diagnóstico clínico de FIBROMA, y se toma biopsia, la cual da como resultado RINOESCLEROMA, según examen histológico número 49/2330.

Agosto 24 de 1949. — Se hace tratamiento con Radium intranasal hasta obtener una dosis total en el punto central del tabique de 1.010 "r".

En control efectuado en octubre 17 de 1949 se encuentra una permeabilidad nasal satisfactoria, sin presencia de procesos escleromatosos en evolución.

Posteriormente una hermana que está siendo tratada para la misma enfermedad, ha venido informando que se encuentra bien.

Número de la Historia 22.582
Nombre D. C. L.
Edad 45 años
Natural de Sasaima (Cund.)

Consulta en febrero 17 de 1950. — Porque desde hace aproximadamente cuatro años empezó a sentir obstrucción nasal que se acompañaba de epistaxis y de dolores frontales.

A la rinoscopia anterior se observa una infiltración difusa de

la mucosa endo-nasal. Hay lesiones vegetantes del tamaño de un grano de maíz, localizadas en la parte antero-inferior del tabique nasal.

Al examen endo-bucal sólo se aprecia una disminución del reflejo faríngeo, sin que aparezca lesión alguna de faringe.

Se toma biopsia de la lesión endo-nasal y se envía con diagnóstico de RINOESCLEROMA. El resultado anatomo-patológico es negativo, por lo cual se practica una nueva biopsia que confirma el diagnóstico, según examen histológico número 50/541.

El examen serológico es negativo, según boletín N° 22772.

Marzo 1° de 1950. — Inicia tratamiento con Radium intra-nasal, el cual dura treinta horas con una dosis total sobre tabique nasal de 3.458 "r".

Agosto 10 de 1950. — Se presenta a examen de control, el cual da como resultado: A la rinoscopia anterior no se encuentra proceso evolutivo alguno endo-nasal y hay una buena permeabilidad.

Tanto la faringe como la laringe aparecen de aspecto normal.

Número de la Historia	23.604
Nombre	M. A. J.
Edad	29 años
Natural de	Toca (Boy.)

Consulta en junio 14 de 1950. — Porque desde hace aproximadamente tres años, comenzó a notar una obstrucción progresiva de las fosas nasales, que se acompañaba de salida permanente de lágrimas (epífora), lo cual motivó hace dos años y medio una intervención quirúrgica de la que no da detalles, sin haber obtenido con ella resultado benéfico alguno.

Al practicar el examen lo primero que se observa es una dacriocistitis bilateral.

A la rinoscopia anterior se aprecia la existencia de sendos tumores endo-nasales, de aspecto vegetante, que obstruyen casi por completo las fosas nasales, de color rojo y de consistencia firme, recubiertos por costras amarillentas que adhieren firmemente al tejido tumoral subyacente.

Al examen de la oro-faringe sólo llama la atención una ligera disminución del reflejo faríngeo.

Se toma biopsia y se envía con diagnóstico de RINOESCLEROMA, el cual es confirmado por el estudio anatomo-patológico,

según examen número 50/2316.

Se resuelve practicarle tratamiento a base de auto-hemo-terapia irradiada, que se inicia en julio 24 de 1950, según la técnica descrita en la parte terapéutica, y que se efectuó hasta conseguir una dosis total de 3.060 cc.

Enero 3 de 1951. — Teniendo en cuenta que no se ha obtenido resultado alguno con el tratamiento anterior, se inicia la aplicación de Rayos X Profundos, hasta alcanzar una dosis en piel de 3.281 "r", lo que se consigue en once sesiones con una duración de tratamiento de catorce días.

Marzo 3 de 1951. — Se presenta a control, y se observa una disminución de las lesiones; el enfermo acusa una mejoría subjetiva satisfactoria que obedece a la permeabilidad alcanzada en la fosa nasal izquierda.

Abril 13 de 1951. — Bajo anestesia general con penthotal se practica dilatación instrumental de las fosas nasales y se colocan sendas sondas con radium, las cuales se dejan por catorce horas hasta obtener una dosis total sobre tabique de 2.436 "r".

Septiembre 10 de 1952. — Al efectuar el control encontramos una permeabilidad nasal satisfactoria, y no se observan lesiones en evolución. Persiste la dacriocistitis bilateral por obstrucción de los conductos lacrimo-nasales.

Número de la Historia	23.635
Nombre	E. F.
Edad	12 años
Natural de	Monquirá (Boy.)

Consulta en junio 17 de 1950. — Porque desde hace un año empezó a experimentar dificultad para respirar por la nariz, a la vez que anotó la presencia de un pequeño tumor en la fosa nasal derecha, el cual fue creciendo hasta llegar a obstruir completamente esta fosa, y posteriormente apareció otro semejante en el lado opuesto.

A la inspección se observa una marcada deformación de la pirámide nasal, y a la palpación se aprecia un aumento notable de su consistencia.

A la rinoscopia anterior se ven en ambas fosas nasales varias vegetaciones tumorales, recubiertas por un exudado purulento, y que obstruyen casi totalmente la luz de las fosas.

Al examen de la oro-faringe sólo es notoria una ligera disminución del reflejo faríngeo.

Se toma biopsia de la lesión endo-nasal que se envía con diagnóstico de RINOESCLEROMA, el que es confirmado por la anatomía patológica, según examen número 50/2220.

Agosto 18 de 1950.—Bajo anestesia general con penthotal se hacen dilataciones instrumentales de las fosas nasales, y se colocan sendas sondas ametálicas, cada una con dos tubos de 6,66 mgrs. que se dejan durante seis horas, hasta alcanzar una dosis total sobre el tabique de 1:500 "r".

Noviembre 24 de 1950. — Al practicar examen de control vemos que las masas exofíticas han sido casi totalmente eliminadas, el tamaño de la pirámide nasal ha disminuído, la consistencia se ha hecho más blanda, hay buena permeabilidad por ambas fosas nasales, y el reflejo faríngeo es normal. Pero sobre el reborde alveolar correspondiente al incisivo y canino izquierdos del maxilar superior se aprecia un pequeño tumor vegetante, de consistencia fibrosa, que se diagnostica como un Epulis Fibromatoso.

Noviembre 27 de 1950. — Se practica la extirpación de la lesión alveolar, y se envía para estudio histológico, el cual da como resultado RINOESCLEROMA, según examen número 50/4453.

Número de la Historia	24.745
Nombre	J. A. C.
Edad	25 años
Natural de	Jenesano (Boy.)

Consulta en noviembre 7 de 1950. — Porque desde hace más o menos un año empezó a notar dificultad para respirar por la nariz.

A la inspección se aprecia una deformación de la nariz por ensanchamiento de sus vertientes, especialmente del lado derecho.

A la rinoscopia anterior se ve que ambas fosas nasales están totalmente obstruídas por sendos tumores de aspecto carnososo, que llegan hasta cerca del orificio externo de la nariz.

Al examen de la oro-faringe se observa que los pilares anteriores están borrados, y los posteriores adheridos a la pared posterior de la faringe. No existe comunicación con la naso-faringe, y el reflejo nauseoso está abolido.

Con diagnóstico clínico de RINOESCLEROMA se practica biopsia, cuyo estudio histológico confirma el diagnóstico, según examen número 50/4210.

Noviembre 15 de 1950. — Inicia tratamiento con Rayos X Profundos; a los pocos días presenta una faringitis intensa, con esputo hemorrágico y disfagia dolorosa, así como un ligero eritema de la piel de la nariz, lo cual obliga a suspender temporalmente las irradiaciones de los campos faríngeos y continuar únicamente con los nasales.

Diciembre 9 de 1950. — Termina tratamiento habiendo recibido una dosis total sobre el tumor de la nariz de 3.100 "r", para lo cual se utilizaron dos campos, el uno naso-malar derecho oblicuo y el otro izquierdo; y sobre faringe una dosis de 2.680 "r", para lo cual se empleó un campo faríngeo derecho y otro izquierdo. La duración del tratamiento fue de veintitrés días, dado en veintiuna sesiones.

Abril 15/51. — Se presenta a control y se anota una ligera mejoría en cuanto a la permeabilidad; pero al practicar la rinoscopia anterior encontramos en la fosa nasal derecha una masa tumoral de aspecto esclerosante, la cual se extirpa días después por electro-coagulación, y al ser estudiada histológicamente dio como resultado RINOESCLEROMA. Por esta razón se inicia tratamiento con Radium intra-nasal, el cual dura nueve horas y media, con una dosis total sobre tabique de 2.500 "r".

Noviembre 10 de 1950. — Se presenta a control y se anota una mejoría casi completa.

Número de la Historia	24.833
Nombre	A. A.
Edad	30 años
Natural de	Cajamarca

Noviembre 20 de 1950. — Se presenta a consultar porque desde hace ocho años notó la aparición de una pápula en la fosa nasal izquierda, la cual fue creciendo lentamente; más tarde advirtió la presencia de nuevos elementos papulosos en la fosa nasal derecha, que determinaban dificultad nasal respiratoria creciente.

A la inspección se ve que el lóbulo y las alas de la nariz están deformados por un tumor de aspecto violáceo, de consistencia dura y leñosa, que infiltra totalmente el lóbulo, las aletas nasales

y casi todo el labio superior. El tumor es doloroso a la palpación y obstruye totalmente las fosas nasales, lo cual hace imposible la rinoscopia anterior.

Al examen endo-bucal sólo se anota la abolición del reflejo faríngeo.

La respiración es de tipo oro-faríngeo, y hay una dacriocistitis purulenta bilateral.

Se practica biopsia y se envía al laboratorio con diagnóstico de RINOESCLEROMA, que es confirmado por el estudio histológico, según examen número 50/4408.

Noviembre 22 de 1950. — Principia tratamiento con Rayos X Profundos sobre dos campos, uno naso-malar oblicuo derecho y otro izquierdo. A los quince días presenta eritema intenso de la piel irradiada. Hay destrucción parcial de la parte vegetante del tumor, lo que ha dejado ulceraciones en los sitios destruidos; la cara interna del labio superior presenta placas de color blanco, debido a epitelitis por irradiación, lo cual obliga a suspender el tratamiento por una semana.

Diciembre 27 de 1950. — Termina tratamiento, habiendo recibido una dosis total sobre el tumor de 3.600 "r" en un término de treinta y cinco días y un número de sesiones de veinticuatro.

Julio 2 de 1951. — Se presenta a control y se comprueba que el tamaño y la consistencia de la pirámide nasal son casi normales; la permeabilidad nasal aunque un poco disminuída, es más o menos satisfactoria.

Número de la Historia	22.546
Nombre	T. P.
Edad	28 años
Natural de	Macaravita (S. S.)

Enero 30 de 1950. — Consulta porque desde hace siete años notó congestión de la mucosa nasal, y posteriormente la formación de una masa tumoral localizada en la fosa nasal derecha, y que lentamente fue creciendo hasta llegar a obstruir por completo la respiración por dicha fosa.

Actualmente se encuentra a la inspección una nariz ligeramente aumentada de volumen, pálida y que al tacto presenta una consistencia mayor que la normal.

A la rinoscopia anterior se puede comprobar la existencia de

un tumor que invade casi totalmente la fosa nasal derecha, de color rosado pálido y de consistencia dura, no doloroso y recubierto en algunas partes de costras amarillentas que adhieren fuertemente al tejido subyacente. En la fosa nasal izquierda hay un proceso evolutivo de estrechez, sin evidencia macroscópica de tumor.

El examen de la oro-faringe es totalmente negativo.

Se toma biopsia del tumor de la fosa nasal derecha que se envía con diagnóstico clínico de RINOESCLEROMA, el cual es confirmado por la anatomía patológica, según examen número 50.407.

En vista de los resultados del examen clínico e histológico se inicia tratamiento con Radium intra-nasal.

Previa anestesia general con penthoal se practican dilataciones instrumentales, y se procede a colocar sendas sondas intra-nasales, cada una con tres tubos de 6,66 mgrms., que se dejan por seis horas cincuenta minutos, hasta obtener una dosis total sobre el tabique de 1.598 "r".

Septiembre 17 de 1950. — Se presenta a control y se anota la existencia de una buena permeabilidad nasal, con una respiración satisfactoria, y sin que se observe signo alguno de recidiva.

Número de la Historia	23.555
Nombre	S. S. T.
Edad	15 años
Natural de	Sátiva (Boy.)

Junio 6 de 1950. — Consulta porque hace año y medio empezó a presentarse dificultad para respirar por la nariz.

A la inspección se nota una ligera deformación del dorso de la nariz. Las aletas y el lóbulo ofrecen a la palpación una consistencia normal.

A la rinoscopia anterior se aprecia que ambas fosas son infundibuliformes, y que la izquierda está casi totalmente obstruida.

Al examen endo-bucal sólo llama la atención la abolición del reflejo faríngeo.

Se practica biopsia de la fosa nasal izquierda que se remite al laboratorio con diagnóstico de RINOESCLEROMA, que se confirma por el estudio histológico, según examen número 50/2113.

Junio 19 de 1950. — Se principia tratamiento con Radium intra-nasal, colocando sendas sondas, cada una con tres tubos de 6,66 mgrs. que se dejan durante siete horas y media, hasta alcanzar

uía dosis total sobre el tabique de 1.994 "r".

Después del tratamiento con Radium se hacen varias sesiones de dilataciones insirumenales con bujías de Hegar.

Noviembre 24 de 1950. — Existe una buena permeabilidad por ambas fosas, y no hay signos de recidivas.

Junio 2 de 1952. — Consulta nuevamente por dificultad nasal respiratoria.

A la rinoscopia anterior encontramos las fosas nasales medianamente estrechas y llenas de costras. Se prescribe tratamiento médico a base de Licor de Dackin.

Julio 31 de 1952. — Se inicia nuevo tratamiento a base de Radium intra-nasal hasta alcanzar una dosis total de 3.007 "r", lo cual se consigue en 48 horas treinta minutos, tiempo repartido en dos sesiones.

Enero 30 de 1953. — La permeabilidad nasal es bastante satisfactoria. A la rinoscopia anterior encontramos algunas costras y un pequeño botón escleromatoso sobre el tabique.

Número de la Historia	25.338
Nombre	R. M. R.
Edad	15 años
Natural de	Chiquinquirá (B.)

Febrero 8 de 1951. — Consulta porque desde hace aproximadamente tres años se inició la enfermedad actual por la presencia de un pequeño tumor en la fosa nasal izquierda, el cual ha ido aumentando de volumen y dificultando altamente la respiración nasal.

A la inspección se observa que la nariz está deformada especialmente la región de las aletas, y aumentada de volumen.

A la rinoscopia anterior se aprecia a nivel del subtabique unas masas tumorales duras, de color rojo ajamonado, no ulceradas, que en el lado izquierdo se extienden hasta ocupar el ala de la nariz. Existe una infiltración de la misma naturaleza en la pared externa de las fosas nasales.

Al examen de la oro-faringe sólo se aprecia la disminución del reflejo faríngeo.

Se toma biopsia de la lesión endo-nasal, y se remite al laboratorio con diagnóstico de RINOESCLEROMA, que es confirmado por la anatomía patológica según examen número 51/509.

Febrero 17 de 1951. — Inicia tratamiento con Rayos X Profundos sobre un campo nasal anterior, hasta una dosis total de 2.184 "r", la cual se obtiene en catorce sesiones, con una duración del tratamiento de diez y seis días.

Mayo 5 de 1951. — Se aprecia una notable mejoría de la permeabilidad nasal, y un estacionamiento en el avance de las lesiones. El aspecto exterior de la nariz es casi normal, pero su consistencia es todavía dura.

Diciembre 26 de 1951. — La permeabilidad de las fosas nasales es satisfactoria y no hay proceso alguno en evolución.

Número de la Historia	26.777
Nombre	J. C.
Edad	25 años
Natural de	Ibagué (Tol.)

Agosto 30 de 1951. — Consulta porque desde hace cuatro meses ha notado dificultad para respirar por la nariz, y últimamente se ha presentado dolor de garganta.

A la inspección se aprecia asimetría de la nariz, por ensanchamiento de la parte inferior de la vertiente y de la aleta nasal izquierda; la consistencia de la nariz es normal.

A la rinoscopia anterior se observa una tumoración localizada en la fosa nasal izquierda que la obsiruye totalmente, y que llega hasta la altura del surco de la aleta. La fosa nasal derecha presenta una forma infundibuliforme, y está obstruida por desviación del tabique.

Al examen de la oro-faringe el paladar membranoso presenta una consistencia fibrosa, y hay limitación de sus movimientos. La úvula está destruida; los pilares posteriores muestran lesiones esclerosantes. Al tacto digital encontramos que la transcavidad de las fauces está bastante reducida, y que todas las paredes de la rino-faringe se hallan invadidas por elementos tumorales. Hay abolición completa del reflejo faríngeo.

Se toma biopsia de la lesión endo-nasal izquierda y se remite

para estudio anatómo-patológico, el cual da como resultado RINOESCLEROMA, según examen número 51/00047.

El examen serológico es negativo según boletín N° 51/344.

Septiembre 26 de 1951. — Inicia tratamiento con Rayos X Profundos sobre dos campos, uno faringo-laríngeo derecho y otro izquierdo, hasta una dosis sobre cada uno de ellos de 2.821 "r" que se obtuvo en veinte sesiones con una duración del tratamiento de treinta días.

Las lesiones endo-nasales se trataron con Radium intra-nasal, hasta alcanzar una dosis total sobre el tabique de 2884 "r".

Presenta como complicación de las irradiaciones en la piel correspondiente a los campos faringo-laríngeos un eritema intenso, y además disfonía y disfagia.

Abril 22 de 1952. — Al examen de control se vio que las vegetaciones de la faringe habían caído totalmente. Existe buena permeabilidad por ambas fosas nasales, no hay lesiones en evolución y la disfagia y disfonía han desaparecido.

Número de la Historia	27.474
Nombre	C. T. E.
Edad	25 años
Natural de	Soracá (Boy.)

Diciembre 12 de 1951.— Consulta porque desde hace dos años ha notado dificultad para respirar por la fosa nasal, dificultad que ha ido aumentando paulatinamente.

A la inspección la pirámide nasal aparece aplanada, con notorio aumento de su diámetro transversal. Tanto la piel como los cartílagos nasales ofrecen al tacto una consistencia mayor que la normal.

A la rinoscopia anterior se aprecia un notable engrosamiento de la mucosa endo-nasal, especialmente en la porción correspondiente al tabique. La permeabilidad nasal se encuentra muy reducida, principalmente en el lado derecho, donde la luz de la fosa se halla representada por un orificio puntiforme.

Al examen endo-bucal se comprueba la abolición del reflejo faríngeo.

Se toma biopsia de la lesión endo-nasal y el estudio histológico comprueba el diagnóstico clínico de RINOESCLEROMA, según examen número 51/712.

Enero 11 de 1952. — Inicia tratamiento con Rayos X Profundos que se efectúa hasta dar una dosis total sobre el tumor de 3.504 "r", dadas en 12 sesiones que se repartieron en 15 días.

Como tratamiento complementario se practicaron una vez terminadas las irradiaciones, dilataciones instrumentales con Bujías de Hegar.

En controles practicados posteriormente se comprobó una buena permeabilidad nasal, y la ausencia de proceso alguno en evolución.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

I) El Rinoscleroma es una enfermedad crónica de evolución lenta y progresiva.

II) Su localización primitiva casi siempre es nasal.

III) Ataca por lo general a personas jóvenes, entre los 20 y los 30 años.

IV) Es frecuente en Colombia, sobre todo en los Departamentos de Cundinamarca, Boyacá y Valle del Cauca.

V) Se observa más que todo en gentes campesinas.

VI) El primer síntoma que llama la atención de los enfermos es la dificultad nasal respiratoria.

VII) Puede manifestarse bajo diversas formas clínicas: hipertrófica, ulcerosa, destructiva, atrófica y mixta.

VIII) Su diagnóstico clínico es relativamente fácil cuando adopta la forma típica hipertrófica.

IX) Siempre debe corroborarse el diagnóstico con examen anatómico-patológico de la lesión, siendo los elementos histológicos característicos los Cuerpos de Russell y las Células de Mikulicz.

X) El síntoma más constante y precoz de la invasión faríngea es la abolición del reflejo faríngeo o nauseoso.

XI) El tratamiento de elección es el Radium intra-nasal y los Rayos X Profundos según el caso, precedido o complementado por el tratamiento médico general y quirúrgico (resecciones, dilataciones).

XII) Todo enfermo de rinoscleroma debe ser controlado periódicamente, tiempo de control que nunca debe exceder de un año.

BIBLIOGRAFIA

- BRIGARD DANIEL. — Contribución al Estudio de los Escleromas.— Editorial Minerva, S. A. - Bogotá, 1933.
- RESTREPO ROBERTO. — El Rinoescleroma y su tratamiento. Trabajo presentado en el Segundo Congreso Inter-Americano de Radiología celebrado en La Habana, 1946.
- ALMANZAR PEDRO J. — Conferencias de Bacteriología. U. J.
- AMOROCHO C. JORGE. — Estudio Radiológico de los Escleromas de las Vías Aéreas Superiores. — Tesis de grado.— U. N. 1944. Pág. 105.
- CLEVES CUCALON C. ALBERTO. — Tratamiento Quirúrgico del Cáncer Intrínseco de la Laringe. - Editorial Cromos. Bogotá. Mayo 1950. - Págs. 7-19.
- ORDOÑEZ JOSE JOAQUIN. — Rinoescleroma. - Tesis de grado.— U. N. - Págs. 7-8-15.
- MANSON BAHR. — Enfermedades Tropicales. - Duodécima edición. — Salvat-Editores. Barcelona, Buenos Aires, 1948. — Págs. 174-560.
- LAURENS GEORGES. — Oto - Rhino - Laryngologie. — Octava edición. - Masson et Cie. Editeurs. — 1946. — Págs. 240 a 251.
- FERNANDEZ BLANCO. — Dermatología y Sifilografía. - Tercera edición. 1950. — Talleres Gráficos Didot. — Pág. 258.

Instituto Nacional de Cancerología



INC002009