
Escleroma Rino-Faringo-Laringeo En Honduras

Dr. J. Napoleón Alcerro, Oto-Rino-Laringólogo.
Dr. Hernán Corrales Padilla, Dermatólogo. **Dr. I. Adán Cueva**, Anatomatólogo.

Trabajo presentado en el Primer Congreso Centroamericano de Otorrinolaringología celebrado en San Salvador, en Diciembre de 1952.

El objeto del presente trabajo, es hacer conocer ante este Primer Congreso Centroamericano de Otorrinolaringología, que en Honduras existe el Escleroma en las distintas formas que exhibe en los demás países donde se presenta. No tenemos la pretensión de enseñar algo nuevo en nuestro trabajo, porque estamos seguros que lo que aquí exponemos es bien conocido por todos los Colegas, Especialmente por los salvadoreños que tienen un vasto campo de experimentación, dado el elevado número de casos que existen en el país. Nuestra intención al venir a exponer los casos hondureños que hemos examinado y tratado, es dar a conocer a los que se interesan por el problema del Escleroma, que en Honduras existe, y que le estamos prestando la atención debida, para descubrirlo en sus comienzos cuando es más factible su regresión o detención, y tratarlo adecuadamente de acuerdo con las técnicas modernas. Nuestros casos han respondido bien a los tratamientos empleados, y los resultados obtenidos podemos calificarlos de alentadores.

MATERIAL DE ESTUDIO

NUEVE PACIENTES: siete pertenecen al sexo femenino y dos solamente al sexo masculino. Su edad, al momento de la adquisición de la enfermedad, fluctuaba entre 15 y 45 años. Siete pertenecen a la clase pobre, es decir, tienen una baja condición social y económica; dos pertenecen a la clase media, pero sus recursos económicos son escasos.

SITIO PROBABLE DONDE SE ADQUIRIÓ LA INFECCIÓN

Dos la adquirieron en la zona CENTRAL, uno en la zona NORTE, y seis en la zona SUR. Ninguno adquirió la enfermedad por contagio familiar, Ocho pacientes son solteros y uno casado; de los ocho solteros, seis viven maritalmente; ninguno de ellos ha contagiado a otra persona.

Cuatro pacientes han ingerido agua potable; cinco lo han hecho de agua de pozo, de riachuelo o de río.

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES:

Las siete mujeres se dedican a oficios domésticos, y los dos hombres son labradores.

ANTECEDENTES MORBOSOS

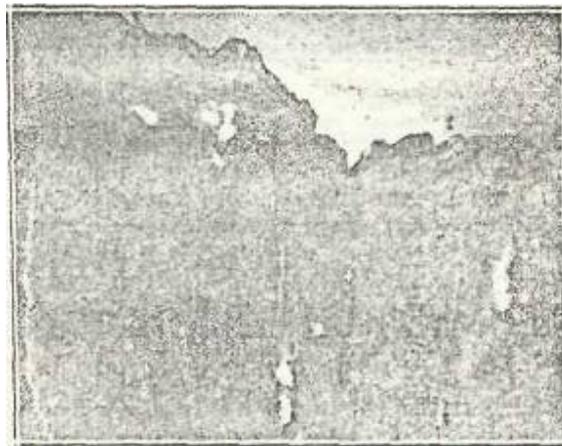
Todos los pacientes han padecido en la infancia, y algunos de ellos en la edad adulta, de parasitosis intestinal; ninguno de ellos ha padecido enfermedades a virus.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Al momento del primer examen, la evolución del Escleroma fluctuaba entre seis meses y diez y seis años.

GRADO DE INVASIÓN

La paciente de menor tiempo de evolución de la enfermedad, una señora de 36 años de edad, comenzó a notar sus síntomas, seis meses antes de presentarse a nosotros; había un ligero abultamiento



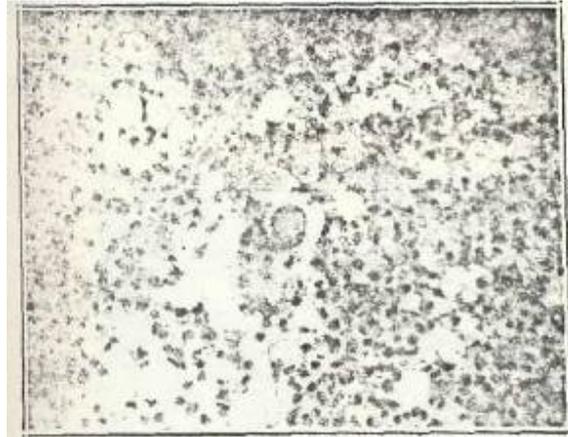
Microfoto N° 1

Obsérvese en la **submucosa** un infiltrado **granulomatoso** y en algunos sitios nidos de Células de Mikulicz. Abundantes vasos.

Instituto Patológico

en ambas caras laterales de la pirámide nasal, inmediatamente por debajo del borde inferior de los huesos propios, con endurecimiento incompleto del resto de los tejidos blandos de las alas de la nariz; marcada obstrucción nasal bilateral por estrechamiento de fosas por transformación escleromatosa e infiltración de tejidos blandos a nivel del vestíbulo, parte antero-inferior del tabique medio nasal

y cabeza de cornetes inferiores y medios. Dos pacientes, con igual transformación escleromatosa e infiltración que el caso anterior pero sin ninguna tumoración externa apreciable a la vista; una con un año de evolución y la otra con 16 meses. Otra paciente de 20 años de edad, se presentó a nuestro consultorio después de cinco años de haberse iniciado sus síntomas nasales, y después de haber recibido 19 inyecciones subcutáneas de Repodral que le inyectó un Médico General. Presentaba tumoración del tamaño de un guisan-



Micrófono N° 1

A mayor aumento se **aprecian** numerosas células claras, espumosa*
tic Mikulicz y en el centro un Corpusculo de RUSSEL.

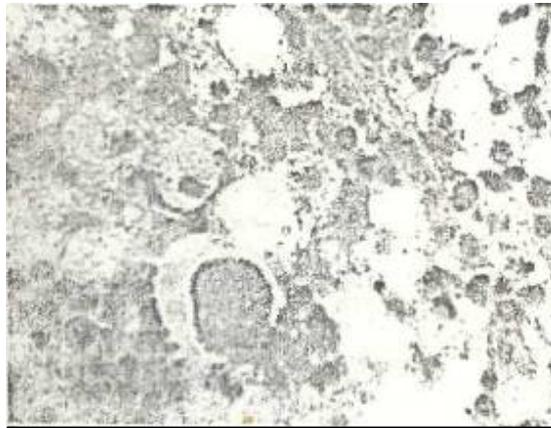
Instituto Patológico

te, en la cara lateral izquierda de la pirámide nasal, por debajo del borde inferior del hueso propio, y obstrucción nasal completa de ese lado, y parcial del lado derecho; también presentaba una dacriocistitis aguda derecha que fue tratada y curada por Especialista en Ojos. Otra paciente de 30 años de edad, y con tres años de evolución de su enfermedad, presentaba ligera tumoración nasal externa, obstrucción nasal bilateral completa, infiltración del paladar blando, y tumor de aspecto de coliflor que unía el borde libre derecho del paladar blando a la pared faríngea posterior, y que hacía prominencia hacia la buco-faringe. Otra paciente con diez años de evolución de su Escleroma, se presentó con cicatriz operatoria del borde inferior derecho del ala de la nariz, por operación que le habían practicado para facilitarle un poco la respiración nasal, bridas esclerosas que unían la base de la lengua a la pared faríngea posterior involucrando las amígdalas, que estrechaban el istmo de las fauces al grado de permitirle únicamente tragar líquidos. Otra paciente con obstrucción nasal bilateral, infiltración del paladar blando, bridas esclerosas en la pared faríngea posterior, infiltración acentuada de la epiglotis y repliegues arie-epiglóticos, que producían ligera disfonía y disnea; a esta paciente de 61 años de edad,

hacia diez y seis años que se le habían iniciado sus síntomas en la nariz. Dos pacientes más con la característica principal de ser de localización nasal únicamente, pero de tumoración exuberante exterior, con deformidad marcada de la nariz y del labio superior; uno de ellos tenía destrucción parcial del vértice de la nariz e infiltración del paladar blando; su principal síntoma era la obstrucción nasal bilateral completa; el tiempo de evolución era de cuatro años y medio en uno y de cinco años en el otro.

MÉTODOS DE DIAGNOSTICO

Todos nuestros pacientes han sido diagnosticados con base clínica y comprobación histopatológica.



Microfano Nº 3

Gin inmersión L-S posible observar mejor las células de Mikulicz. :IM
romo un corpusculo de Russell, entre ellos algunos
plasmazellen.

Instituto Patológico

HISTOPATOLOGIA

En los casos estudiados, pudimos constatar desde la forma de granuloma tipo crónico inespecífico, hasta lesiones en vías de esclerosis. Es de notar, que en ninguno de los preparados estudiados, dejaron de estar presentes, el plasmazellen y el linfocito, como expresión inequívoca de lesiones de curso crónico.

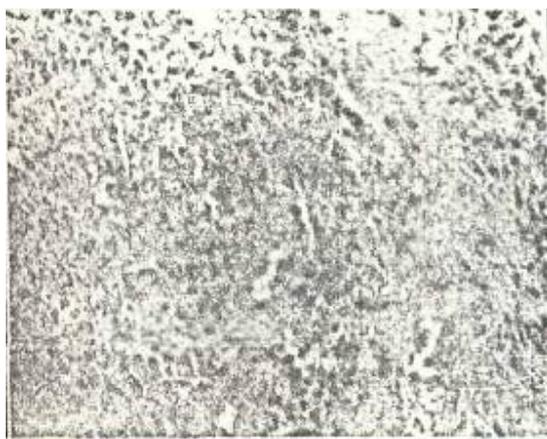
Indiscutiblemente, el diagnóstico real, se logra hasta que hacen su aparición, aisladas o en pequeños grupos, las células de Mikulicz, células semejantes a las adiposas de núcleo excéntrico, pero con la diferencia, de que las células de Mikulicz siempre conservan el núcleo ovoideo y picnótico; en cambio, las adiposas generalmente tienen un núcleo alargado o en semi-luna. En el interior

las células de Mikulicz se observa una sustancia amorfa, a veces geramente eosinófila con múltiples vacuolas, que le dan un aspecto espumoso; en algunas de ellas y vistas con inmersión, es posible observar; pequeños bastoncitos no coloreados, que creemos se trata el KleibSELLA Rhinoscleromatis o Bacilo de Von Frisch.

En las zonas ausentes de células de Mikulicz hay una reacción histiocitaria con infiltrados de plasmacélulas, linfocitos, macrófagos, leucocitos, y en uno de los casos encontramos corpúsculos de Russel, cuyo origen se atribuye a transformaciones finales del lamazellen, en un citoplasma muy eosinófilo y homogéneo.

HAGNOSTICO DIFERENCIAL

El aspecto clínico inconfundible del Escleroma, nos ha dado la seguridad tal en nuestros diagnósticos, que sólo en la paciente que presentaba el tumor en forma de coliflor en el borde libre del paladar blando, nos hizo pensar que podía tratarse de un tumor canceroso, pero la anatomía patológica nos confirmó el diagnóstico de Escleroma.



Microfoto N° 4

Observese la proliferación de tejido conectivo que va esclerosando el granuloma. Los vasos presentan también una reacción esclerosa.

MÉTODOS DE TRATAMIENTO

- 1 —Hemos usado el Repodral (Antimonio III sodio bicatequina disulfonato sódico, que contiene el 13.6% de Antimonio) preparado de la Casa Winthrop, con el mismo método que se usa para el tratamiento de la Leishmaniosis, que incluye una inyección mínima de 1/2 cc. (cada c.c. contiene 8,1 mg. de antimonio trivalente) diaria, du-



Escleroma Mediano visto de frente



Fig. N° 6
El mismo escleroma de figura 5, visto por la base .
de la nariz.

rante tres días consecutivos, para conocer el estado de reactividad del paciente, seguidas de una inyección de 4 c.c. cada cinco días, habiendo llegado a inyectar en algunos casos hasta 120 c.c. por vía hipodérmica sin producir fenómenos de intolerancia que contraindicaran la prosecución del tratamiento.

M.a. segundos; filtrado: medio milímetro de cobre y un 2—
Radioterapia, con los siguientes elementos: 200 Kv; 10
milímetro de aluminio; distancia: 30 centímetros.



Otra pariente con escleroma que tuvo m.ayor
desarrollo hacia la cavidad nosofaringea.
Esta en tratamiento.

Las dosis son de 150 a 200 r. diarias durante diez días. Se cita nuevamente a los pacientes para control dentro de tres o cuatro meses, y se hacen nuevas sesiones de cinco días consecutivos, si es necesario. Hemos tenido pacientes a quienes se les ha hecho hasta tres sesiones.

3—Quirúrgicamente hemos tratado a la paciente que presentaba bridas esclerosas que unían la base de la lengua a la pared faríngea posterior cortando con electrocauterio dichas bridas, hasta dejar el istmo de las fauces con EU amplitud normal. A la paciente del tumor en forma de coliflor que unía el borde del paladar blando a la pared faríngea posterior y que pendía hacia la buco-faringe, se le hizo con electrocauterio extirpación completa de dicho tumor.

RESULTADOS

En todos nuestros casos a excepción de uno que no quiso continuar el tratamiento, ha habido una marcada mejoría de los síntomas, y una reducción apreciable de la tumoración de los tejidos esclerosados e infiltrados, en grado que puedan estimarse, desde el 40 al 80%.

Los casos que hemos consignado en este trabajo corresponden únicamente a los pacientes que hemos tenido bajo nuestro control desde 1948. No incluimos muchos casos que conocemos y que pertenecen a otras clínicas, en donde se les ha hecho el diagnóstico.



Fig. N° 8
La misma paciente de la figura 7 en el
tratamiento más avanzado

Estimamos pues, que en Honduras existe el Escleroma Rino-Faríngeo-Laríngeo en las zonas central, norte y sur, esta última en colindancia con la República de El Salvador, que sabemos, tiene el mayor número de casos en Centro América; que adquiere los caracteres descritos en otras latitudes, con los síntomas frecuentes de endurecimiento de tejidos blancos, obstrucción nasal parcial o total, abolición de reflejo nauseoso faríngeo, y trastornos de la voz, leves o acentuados según sea la invasión del proceso en laringe; que su diagnóstico y tratamiento precoces dan al paciente mucha probabilidad de restitución.

No hemos comprobado contagio entre los convivientes, pero sí, el hecho que la enfermedad prende especialmente en aquellas personas de la clase pobre.

Para hacer el diagnóstico no nos parece indispensable encontrar el bacilo de Fritsch, ya que también se encuentra éste, en el moco nasal de individuos que no padecen de escleroma. Creemos que el diagnóstico clínico e histopatológico son suficientes para aclarar con escleroma a un enfermo que sufre dicha enfermedad.

El hecho de que Honduras y El Salvador colinden, y de que en esta última República y en la zona fronteriza de Honduras se presente el mayor número de escleromatosos, amerita una investigación del problema, a fin de controlar los factores condicionantes.



Fig. N° 9 Escleroma con desarrollo mayor intrabucal.

SUMEN

- 1—Se presentan nueve casos de escleroma Rino-Farango-Laríngeo en Honduras, de tipo medio.
- 2"—Se destaca el hecho que, de los casos presentados, seis pacientes adquirieron el contagio en la Zona sur del país, fronteriza con El Salvador, en contraste con los tres casos restantes, que se contagiaron en las zonas central y norte.
- 3'—Que el mayor número de enfermos pertenece al sexo femenino, siete casos, y dos únicamente al sexo masculino.
- 4—Que todos los pacientes pertenecen a la clase pobre de la población.
- 5—Que en todos los casos la nariz ha sido la que ha recibido el contagio primero, y que los síntomas obstructivos nasales han estado siempre presentes, lo mismo que la abolición del reflejo nauseoso faríngeo, aunque no haya lesiones aparentes en este órgano.
- 6"—Que el tratamiento combinado con Antimonio Trivalente y Radioterapia, ha dado en nuestras experiencias, resultados que clasificamos de alentadores.
- 7—Se sugiere un estudio de los factores condicionantes de la enfermedad, en las zonas infectadas.

BIBLIOGRAFÍA

- F. H. Manson Barh.— Tratado de Enfermedades Tropicales. Salvatmsbi & Montgomery.— Diseases of the Skin. Lea y Febiger, Philadelphia, 8.— Sutton & Sutton. Diseases of the Skin. Lea y Fibiger, Philadelphia. alter F Lever. Histopathology of the Skin. J. B. Lippincott C° London. Hueck. Patología Morfológica. Editorial Labor S. A. Barcelona Madrid. Hector M. Noubleau, Escleroma Rino-Farango-Laríngeo. Agencia del Primer ingreso Latinoamericano de Otorrinolaringología, celebrado en Santiago Chile, en 1949. — L. Aschoff. Anatomía Patológica. Ed. Labor S. A. rectoria