

Escleroma Nasal

(Primer caso Familiar de Escleroma Nasal en Costa Rica)

Alvaro Brenes Madrigal*

Joaquín R. Solano C.**

Marta I. Castillo Centeno**

INTRODUCCION

A pesar de que el escleroma es un padecimiento crónico de origen microbiano específico de las vías respiratorias, desde la nariz hasta los pequeños bronquios, tiene sin embargo ciertas particularidades en lo que se refiere a su etiopatogenia, ya que se le observa con mayor frecuencia entre los nativos de las regiones de México, América Central, Europa Central y Oriental y África; también aparece en los mestizos que residen en los mencionados lugares de Latino América y es importante señalar que en Centro América las 3 regiones de mayor prevalencia de esta entidad clínica son Guatemala, El Salvador y Honduras. Hebraquien (1870) describió como una entidad morbosa y con Kobmer le puso el nombre de Rinoscleroma o Rinofaringoescleroma. Frisch (1892) aisló de los tejidos enfermos un bacilo, el cual hasta la fecha lleva su nombre, posteriormente y en vista de que no ataca exclusivamente a la nariz, se propuso el nombre genérico de escleroma y según el sitio predominante de la lesión se le denomina: escleroma nasal, escleroma laríngeo o escleroma traqueal. Toussaint (1892) menciona por primera vez al escleroma en México y poco después Vásquez Gómez, aporta mayores contribuciones al problema y posteriormente destacan los trabajos de Servera, Martínez, Delanguel, Gómez, Orozco, Juan Andrade Sr., Mendiola y Montaña. El bacilo de Frisch no siempre se aísla en cultivo puro como germen patógeno, sino que se asocia a menudo con el cocobacilo de Pérez, bacilo de Avel, neumobacilo de Friedlander, Staphylococos piógenos. Inclusive se han aislado solamente a estos gérmenes en lesiones de escleromas. La lesión antiguamente se le llamaba lupus esclupuloso de las fosas nasales y actualmente el escleroma es una enfermedad

infecciosa, crónica de las vías respiratorias superiores, cuyas lesiones se caracterizan por formación de nódulos y tumoraciones de tamaño variable que tienden a ulcerarse e invadir zonas vecinas de la nariz y vías respiratorias inferiores; de evolución crónica, relativamente benigna, pero puede ser incapacitante, no es hereditario, poco contagiosa y la original la *Klebsiella Rinoscleromatis*. Desde 1882 Friesch, considera a esas bacterias —*Klebsiella Rinoscleromatis*— como agente etiológico del escleroma, llamada también diplobacilo capsulado de Friesch; bacilo corto de 2 a 3 micras de largo que aparece aislado o en pares, o formando cortas cadenas gram negativo, puede ser cultivado a partir de las lesiones, lo cual constituye un argumento a favor de su acción patógena natural. Bergey lo clasifica como un nuevo organismo eudobacterial *Eschenichiee*, también enterobacteriacee del género *Klebsiella* y especie *rinoscleromatis*. Los bacilos están presentes en las células de Mickuliez, formando pequeños bastones gruesos en número variable y pueden ser intra o extracelulares; al microscopio electrónico es frecuente encontrar estos bacilos fagocitados en el interior de algunos leucocitos, tendiendo a formar bifilamentos y a veces en división. No se ha podido comprobar en la lesión la presencia de virus, la identificación histolítica de las células de Mickuliez, cuerpos hialinos de Russell, infiltración de células plasmáticas y la presencia del bacilo de Von Friesch confirman el diagnóstico de escleroma microscópicamente.

El escleroma no se ha podido reproducir experimentalmente en animales de laboratorio, o sea que no cumple con el tercer postulado de Koch, ha sido totalmente inútil también la infección experimental en seres humanos que se han sometido voluntariamente a su inoculación, ya sea con inyecciones de cultivos de bacilos o maceración (de cultivos) de lesiones, o mediante la aplicación de isótopos con cultivos de bacilos en las fosas nasales; esto hace que aparezcan

* Servicio O.R.L., Hospital México, C.C.S.S.

** Servicio de Laboratorio Clínico, Hospital México, C.C.S.S.

presentes dudas respecto a la patogenecidad, virulencia y otras características del bacilo de Friesch, pero tomando en cuenta argumentos de más peso, desde los puntos de vista bacteriológicos e inmunológicos y que es combatido con los antibióticos, se puede afirmar que el bacilo de Friesch es el causante de la enfermedad. Además los trabajos de Kaufmann en 1949, de Levine en 1951 y de Sergent y Ardoin en 1958 y los estudios inmunológicos de Cerbom en 1962, en el Hospital General apoyan esta tesis. La lesión producida por el escleroma está constituida fundamentalmente por una inflamación granulomatosa crónica, que característicamente presenta infiltrado inflamatorio consistente por células plasmáticas, linfocitos, células de Mickuliez y cuerpos de Russell, la cantidad y arreglo de estos elementos varía de acuerdo con la evolución de la lesión, así como infección agregada existente. Es un padecimiento crónico que se observa entre los 20 y los 40 años y se localiza principalmente en la rinofaringe, a pesar de que pueda extenderse a las vías respiratorias bajas. Reyes* en su magnífico trabajo sobre escleroma, divide en 3 las etapas evolutivas de este padecimiento.

1. RINITICA, PRIMER ESTADIO O TIPO ATROFICO:

Se inicia como rinitis banal con cefalalgia frontoetmoidal y cierta dificultad respiratoria, secreción escasa, pero cuando el paciente se presenta a la consulta la secreción nasal ha aumentado y ya es purulenta, con formación de costras amarillas espesas sanguinolentas o con francas epistaxis y resequeadad faríngea. En tal situación es posible confundir el escleroma con

la rinitis atrófica (*oceanae*), porque en esta entidad es corriente la formación de costras y la fetidez, por lo que a veces en la etapa rinitica hay verdadera dificultad para decidirse por la *oceanae* o el escleroma.

2. INFILTRATIVA, SEGUNDO ESTADIO O COMIENZO DE LA FASE PROLIFERATIVA:

Los síntomas catarrales comienzan a desaparecer y por rinoscopia se aprecia que los pequeños engrosamientos o elevaciones de la mucosa producidos por su hipertrofia se van haciendo más ostensibles. En la mayor parte de los casos es durante esta etapa cuando se encuentra anestesia del paladar blando y la pirámide nasal está deformada.

3. NODULAR, TERCER ESTADIO O FASE FIBROSA ACTIVA:

Son las formas avanzadas de la enfermedad, con invasión de la piel de la pirámide nasal y de la mucosa de la bóveda palatina. Se pueden encontrar alteraciones del mismo tipo en los segmentos posteriores de las fosas nasales, sobre todo en el área de las coanas y la epifaringe donde se observan granulaciones proliferativas que ocluyen las trompas de Eustaquio, infiltran el velo del paladar y pueden aún extenderse ulteriormente a la mucosa de la faringe, base de la lengua y epiglotis, finalmente se detiene el proceso y comienza la formación cicatricial, endurecimiento y estenosis de los orificios nasales y de las coanas, así mismo es muy importante hacer el diagnóstico diferencial entre el asma bronquial y escleroma.

SERVICIO O.R.L. HOSPITAL MEXICO

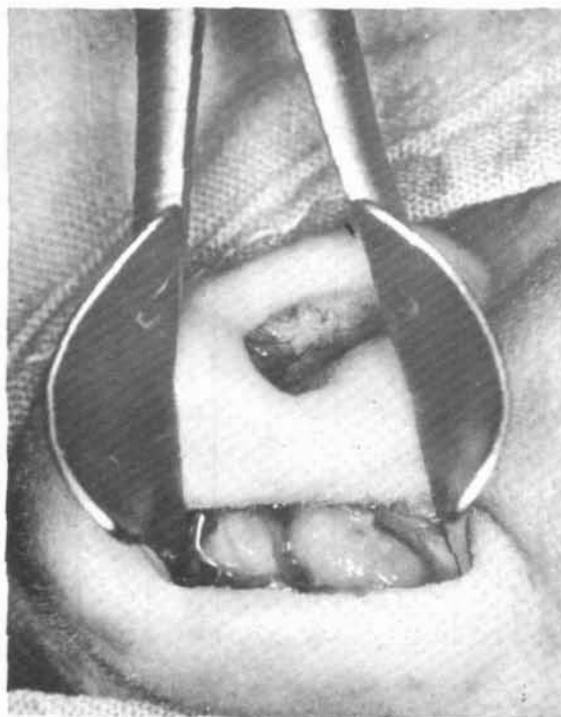
NOMBRE	EDAD	SEXO	RAZA	RESIDENCIA	OFICIO	DATOS CLINICOS	EX. LAB. GABINETE	TRATAMIENTO	EVOLUCION
F.R.G.	43	M	Bl.	Puntarenas	Marinero	Asintomático	-	-	-
C.A.C.	42	F	Bl.	Puntarenas	Of. Dom.	Asintomático	-	-	-
S.R.A.	10	F	Bl.	Puntarenas	Estudiante	Deformidad pirámide nasal, tumoración fosa nasal derecha.	Biopsia positiva por Klebsiella rinoscleromatosa.	Oxitetraciclina, estreptomycin.	Curado después de 15 meses de tratamiento (frotis negativo).
S.R.A.	21	F	Bl.	Puntarenas	Estudiante	Atrofia mucosa nasal costras. Deformidad pirámide dev. septum.	Biopsia positiva Klebsiella Rhinoscleromatosa.	Oxitetraciclina. Estreptomycin.	Mejorada después de 6 semanas de tratamiento.
M.R.A.	14	M	Bl.	Puntarenas	Estudiante	No acusa sintomatología ORL.	Biopsia negativa	Ninguno	Ninguno
M.R.A.	17	M	Bl.	Puntarenas	Estudiante	No acusa sintomatología ORL.	Biopsia negativa	Ninguno	Ninguno
F.R.A.	19	M	Bl.	Puntarenas	Dependiente Farmacia	No acusa sintomatología ORL	Biopsia negativa	Ninguno	Ninguno



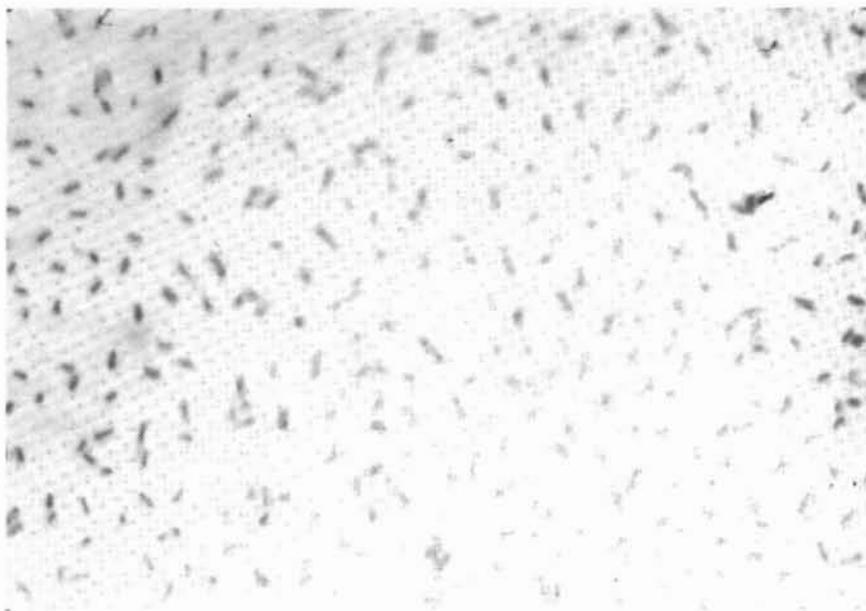
Rinoscleroma mostrando el engrosamiento de la pirámide nasal.



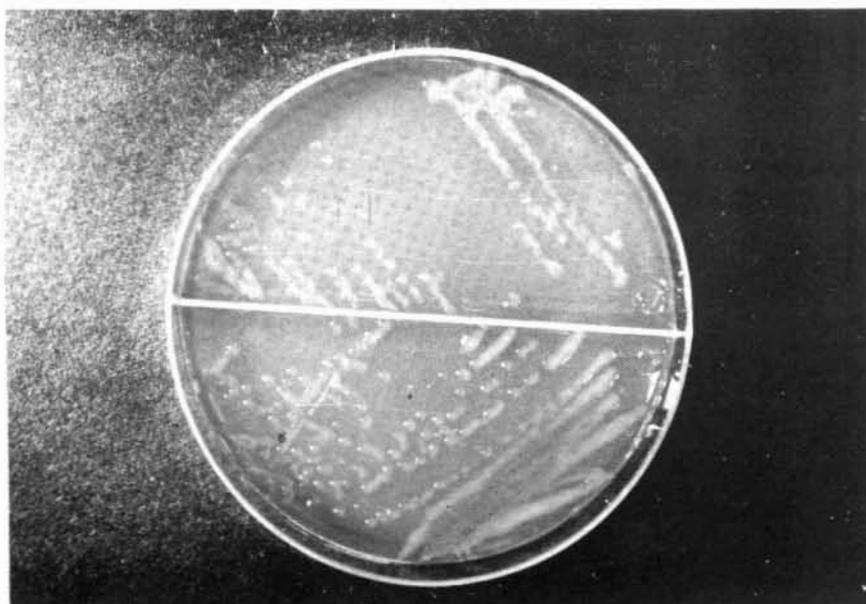
Rinoscleroma mostrando el engrosamiento de la pirámide nasal.



A la rinoscopia anterior se muestra en la fosa nasal derecha granuloma localizado en la porción anterior del cornete inferior.



Frotis de las colonias aisladas de las secreciones nasales, obsérvese la presencia de coccobacilos Gram negativos, pleomórficos capsulados, típicos de Klebsiella rinoscleromatis. Objetivo 100 x.



Aislamiento de Klebsiella rinoscleromatis en medio de tripticase soy agar, colonias translúcidas, convergentes, de aspecto mucóide. Objetivo 10 x.

COMENTARIO

El escleroma nasal no se había conocido en Costa Rica como entidad clínica hasta 1927, en que el Dr. Peña Chavarría describe 2 casos:

ambas del sexo femenino, oficios domésticos y procedentes de la provincia de San José, tratadas en esa época con tártaro emético, con resultados satisfactorios. En 1969 los Dres. Berrocal y Chartier publican en la Revista Annales de

O.R.L. de la Escuela de Burdeos, un caso de escleroma laríngeo en un paciente del sexo femenino, procedente de Nueva Segovia, Nicaragua. Esta paciente fue tratada en forma satisfactoria con corticoesteroides, aplicados directamente en la cuerda vocal. El interés de la presente publicación es llamar la atención acerca del caso de una familia de la provincia de Puntarenas, en la cual 2 de sus miembros del sexo femenino son portadores de escleroma nasal; haciendo incapié en que esta patología no es rara en nuestro país y tal vez muchos casos han pasado desapercibidos por no pensar en ella.

RESUMEN

En el presente trabajo, se hace una descripción de las zonas geográficas de América donde predomina la enfermedad, con una revisión de su etiología, sintomatología y patogenia. Los casos reportados fueron estudiados desde el punto de vista clínico, histopatológico y bacteriológico. El tratamiento dado fue a base de estreptomycin y oxitetraciclina, con muy buen resultado.

SUMMARY

On the present paper, it has been a description of the geographical zones of America where the sickness is prevalent, with a revision

of its aetiology, symptomatology and pathogenesis. The cases reported were studied since a clinical, histopathological and bacteriological view point. The treatment given, was on the basis of streptomycin and oxitetracyclin with very good results.

BIBLIOGRAFIA

1. ELBERT, B.J.; LEVIMA, R.J.; IZRAITIEL, N.A. Methodical indications on performance of bacteriological and serological investigations in diagnostics of scleroma - Gosud, Iz dat. B-5513, Minsk, 1956.
2. HERNANDEZ, J. Escleroma nasal de 170 casos. Tesis de grado, Universidad de San Carlos, Guatemala. Noviembre, 1958.
3. PEÑA CH., ROTTER W. Localización Intestinal del Rinoescleroma, Revista Médica de Costa Rica, Año I No. 1, Oct. 1933.
4. REYES, G. Rhinoscleroma. Arch. Derm. 54-531. Noviembre, 1946.
5. VON FRISCH, A-ZUR. Actiologie des Rhinoskleroms. Wien Med. Wehmschr 32: 969-972, 1882.