

ESCLEROMA NASAL CON COMPROMISO DE TEJIDO ÓSEO

(REPORTE DE UN CASO)

*Alvaro Brenes Madrigal**

*José L. Quintana Chavarría**

INTRODUCCION

Trátase de una afección infecciosa crónica granulomatosa (1, 2, 3, 4) descrita por Hebra en 1870. Específica de vías respiratorias, desde nariz hasta los pequeños bronquios y afecciones más raramente en otros lugares: intestinal, ósea. Su incidencia en países de Europa Central, América Central (sobre todo Guatemala y El Salvador), el Norte de Africa, México. (5) El agente causal es un bacilo Gram-negativo, la *Klebsiella rinoscleromatis*, aislada por Anton Von Frich en 1892. Su diagnóstico en fase granulomatosa se confirma histológicamente por las células de Mickulicz, (3) o bien, por los cuerpos de Russell. Dentro de las células de Mickulicz puede ponerse en evidencia el germen causal por la tinción de W. Starrin. Clínicamente, (8) en la fase inicial existe rinorrea purulenta, generalmente son familias de medio socioeconómico bajo, que viven en hacinamiento. Esta fase se prolonga por años, para pasar, o bien a curarse, o a la fase granulomatosa, para pasar a una fase final atrófica. En estenosis cicatriciales en esta fase el diagnóstico etiológico es sumamente difícil.

Su puerta de entrada es la nariz. Siendo su localización en ésta y faringe del 18 al 43o/o. En laringe su localización va del 14 al 18o/o (9).

CASO CLINICO:

Se trata de una paciente femenina, de 24 años, vecina de San José, condición socioeconómica no se documenta en la historia clínica. Gesta 1, para 1, abortos 0. Como antecedente patológico importante, se anota que a los 20 años se le diagnosticó tuberculosis pulmonar, por lo que tuvo internamiento por 6 meses en Hospital. Su enfermedad actual dice tenerla hace 2 años. Lo expresa como sinusitis, más acentuada en el lado izquierdo de la nariz. Primer internamiento: el 29 de enero de 1973. Tiene área ulcerada en parte turbinal anterior, la fosa nasal izquierda con proceso infeccioso agudo, superficie sucia. Radiológicamente existe destrucción del tabique óseo nasal y de huesos propios. (Se muestran fotos frente y perfil, donde se aprecia la deformidad ósea que existe en su nariz) No. 1 - 2. El reporte de biopsia dice: epitelio plano estratificado, con inflamación crónica por debajo del que hay abundantes células inflamatorias redondas e histiocitos de citoplasma claro, la tinción de W. Starrin demuestra bacilos con aspecto *Klebsiella*. El diagnóstico anatomopatológico primario es escleroma nasal. El tratamiento (6) aplicado fue Estreptomina 8 gramos. Durante este internamiento se le extrae cornete inferior, el cual es un secuestro (se muestra en foto No. 3). Segundo internamiento en abril de ese año. Refiere la paciente dificultad para respirar por obstrucción total nasal, rinorrea purulenta fétida; una semana después de este internamiento inicia cuatro febril importante, 38. 4°C., el cual se mantiene

* *Asistentes del Servicio de Otorrinolaringología, Sección de Cirugía, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.*

durante 28 días a pesar de tratamiento antibiótico con *Lincocín*, *Tetraciclina*, *Micostatín oral*. Tercer internamiento en julio de 1973. Ingresa con edema facial importante, secreción nasal importante. En antrostomía maxilar izquierda que se efectúa, se encuentran múltiples secuestros óseos. Cuarto internamiento en abril de 1974. Paciente con picos febriles de 39–40°C. Se le efectúa antrostomía bilateral, encontrándose el antro izquierdo lleno de secreción purulenta, hay destrucción parcial del paladar duro (foto No. 4), destrucción total de tabique intersinuso nasal izquierdo, en el antro izquierdo además del absceso, hay granulomas múltiples. El 12 de junio inicia heces melénicas; la paciente se anemiza, por lo que se transfunde en múltiples oportunidades; 3 días se le efectúa laparotomía, no pudiéndose controlar el sangrado, que se produce de múltiples úlceras de stress. La paciente fallece dos días después.



Foto No. 2



Foto No. 1



Foto No. 3

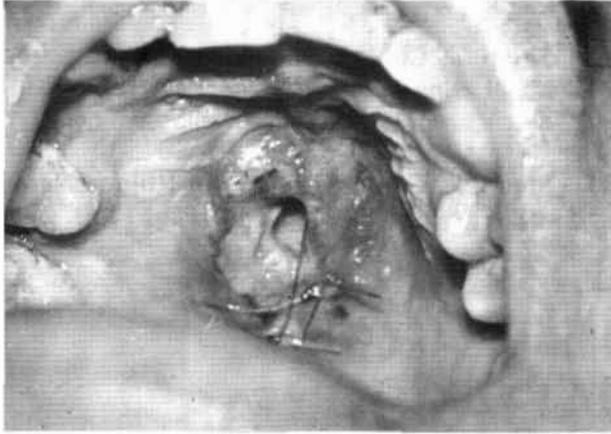


Foto No. 4

COMENTARIOS Y CONCLUSION DEL CASO

1- Aunque no hay datos sobre el medio socioeconómico de los primeros años de la paciente y datos sobre el inicio de su enfermedad, se admite era medio socioeconómico bajo. 2- La conformación histológica de la enfermedad se documenta en primera biopsia que se le tomó. 3- Badrawy y Horny Farid del Cairo, admiten, en un trabajo revisado (1), que esta enfermedad produce destrucción ósea por compresión, desplazamiento, atrofia, igual que lo produce un tumor benigno en los tejidos vecinos. Los daños se repiten casi en forma invariable. a) El cornete inferior es una de las primeras estructuras en desaparecer, cosa que ocurre en el primer internamiento de nuestra paciente (ver foto No. 3). b) La cresta piriforme se abre, dando forma ancha a la nariz. c) Los huesos propios se destruyen cuando el granuloma crece de fuera a adentro, o bien, son levantados cuando éste crece de dentro a fuera. d) El laberinto etmoidal, igual que el tabique nasal, son destruidos. f) La invasión de paladar lo destruye, siendo una lesión típica según documenta Badrawy (ver foto No. 4). g) La muerte, relacionada con sangrado por stress, nos da idea del sufrimiento de un paciente con padecimiento crónico tal.

CONCLUSIONS ABOUT THE CASE

Although there is no information about the real social economic situation of the patient, as to how the disease was initiated, it is possible to deduce a low level due to the active Tb. found in

the lungs. Confirmation of the disease is documented in the first biopsy report which is positive due to *Klepsiella rhinoscleromatis*. Badrawy and Horny Farid of Cairo, admit that this illness produces destruction by compression, displacement, atrophy, equal to what a benign tumor does to its neighboring cells. The damages are repeated almost without variation: 1) the turbinated bone is one of the first structures to disappear which is what happened to our patient (photo number 3). s) The pyriform crest opens, widening the nose. 4) The laberinto etmoidal and the septum tabique era destroyed which again is seen in our patient. 5) The invasion palatine destroys it and the granuloma appears in the month (photo No. 4). Lastly, death of the patient is not related to the problems of escleroma although it is possible that her initial diagnostical bleeding of stress have its origen in the agonizing situation in which the patient is found in her last internment.

RESUMEN

Es poca la bibliografía que se encuentra sobre la afección ósea del escleroma. En el presente trabajo hacemos algunas consideraciones sobre la enfermedad en general, para pasar luego a un resumen de la historia clínica de una paciente atendida hace algunos años, con las típicas lesiones óseas y complicaciones infecciosas, que hizo más rápida la destrucción ósea típica de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Badrawy. Affection Bone in Rhinoscleroma. J. Laringol., 80:160-167, No. 2, 1966.
- 2.- Ballanger: Rinoscleroma. Enfermedad de la nariz, garganta y oídos. Pág. 275.
- 3.- Brenes, Solano, Castillo, Escleroderma, Revista Médica de Costa Rica No. 466 Tomo XXXVI. Pág. 23.
- 4.- Correr. Rinoscleroma. Otorrinolaringología. Pág. 149-50.

- 5.- Hernández B. Juan. Distribución Geográfica del Rinoescleroma. Tesis (sin publicar), Pág. 18.
 - 6.- Paparella. Otorrinolaringology. Vol I Pág. 554.
 - 7.- Peña A., Rotter W. Localización Intestinal del Rinoescleroma. Revista Médica de Costa Rica, Año 1, No. 1, Oct. 1933
 - 8.- Shum T. Clinical Update on Rhinocleroma. Laryngoscope Vol 92. Pág. 1149, Oct. 82.
 - 9.- Shum T. Clinical Update on Rhinocleroma. Laryngoscope. Vol. 92. Pág. 1150, Oct. 82.
-