

**ARCHIVO HISTÓRICO**

**CASOS DE RINOESCLEROMA Y SÍFILIS NASAL TRATADOS CON RADIOTERAPIA (1935)**

Germán Barbosa<sup>1</sup>, Marion Piñeros<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., Grupo de Patología, Bogotá, D.C., Colombia

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., Grupo Área de Salud Pública, Bogotá, D.C., Colombia

**RHINOESCLEROMA AND NASAL SYPHILIS CASES TREATED WITH RADIOTHERAPY (1935)**

*Se dice que recordar es vivir;  
quien no conoce su historia comete los mismos errores.*

Con el ánimo de aprender sobre esa parte de la historia de la que los abuelos suelen decir que “todo tiempo pasado fue mejor”, se presenta una breve reseña de algunas historias de pacientes con rinoescleroma, correspondientes a los primeros años de funcionamiento del entonces Instituto Nacional de Rádium. El autor principal revisó las láminas histológicas correspondientes.

**HISTORIA CLÍNICA A**

Se trata de una paciente de 35 años de edad, remitida de Málaga (Santander) por el Dr. Celso Jiménez López y tratada en el Instituto de Rádium por el Dr. Brigard. Como antecedentes personales se registra en la primera consulta, realizada el 6 de julio de 1935, que es madre de seis hijos y tiene un “catanemio” normal. La enfermedad actual comenzó tres años antes con un catarro nasal frecuente, resequeidad intranasal y dificultad del paso del aire hasta llegar a la obstrucción total. Adicionalmente, aparece una masa dentro de la nariz, con ulceración dolorosa que se extiende, prime-

ro al labio, al paladar duro y al sitio de implantación de los dientes, y luego a la parte anterior de la bóveda palatina, con caída de los dientes y comunicación con la piel. La paciente también refiere pérdida de la audición del lado izquierdo. La tumoración, al examen físico, mide 6 centímetros de diámetro y de altura, y hay extensión con ulceración de la zona vestibular (figura 1). La rinoscopia muestra obstrucción con ulceración y secreción purulenta.

Las radiografías del 9 de julio de 1935 muestran destrucción parcial de los maxilares superiores, que incluye los rebordes alveolares, la apófisis palatina y la espina nasal. El 10 de julio se encuentran en la historia los reportes de dos biopsias. La biopsia de la nariz (No. 43) concluye que se trata de un rinoescleroma con epiteloma atípico y la biopsia gingival (No. 193) dice que se trata de un epiteloma incipiente espino-celular.

Hay una nota aclaratoria del Dr Llinás sobre los antecedentes: “La paciente llegó al Hospital de San Juan de Dios el 1<sup>o</sup> de abril retropróximo pasado, a la sala

**Correspondencia:**

Germán Barbosa, Grupo de Patología, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.  
Av. 1 No. 9-85, Bogotá., D.C., Colombia. Teléfono: 3341058  
gbarbosa@cablenet.co

de Dermatología y Sifilografía; de allí pasó a la Clínica de Obstetricia, Servicio del profesor Acosta, en donde tuvo un niño a término y luego pasa a Rádium el 5 de julio por la lesión ya anotada: rinoepitelioma”.

El 11 de septiembre se inicia la terapia con rádium, dos aplicaciones nasales con una carga de 19 tubos de 50 n.c.d./h, filtro 1mm, distancia 2,7mm superficie 400 dosis hora 950 n.c.d./h.

En los controles del 3 y del 15 de octubre se anota que el tumor ha disminuido considerablemente y está en vías de franca cicatrización. En la evolución, “la piel del lóbulo de la nariz y de las ventanillas se ha soldado con la del labio superior”, que es tratada con bujías y dilataciones quirúrgicas. La paciente es seguida un año sin recidiva.

En octubre y en noviembre de 1936 se deja constancia en la historia sobre las cartas que se han escrito para preguntar por el estado de la enferma.

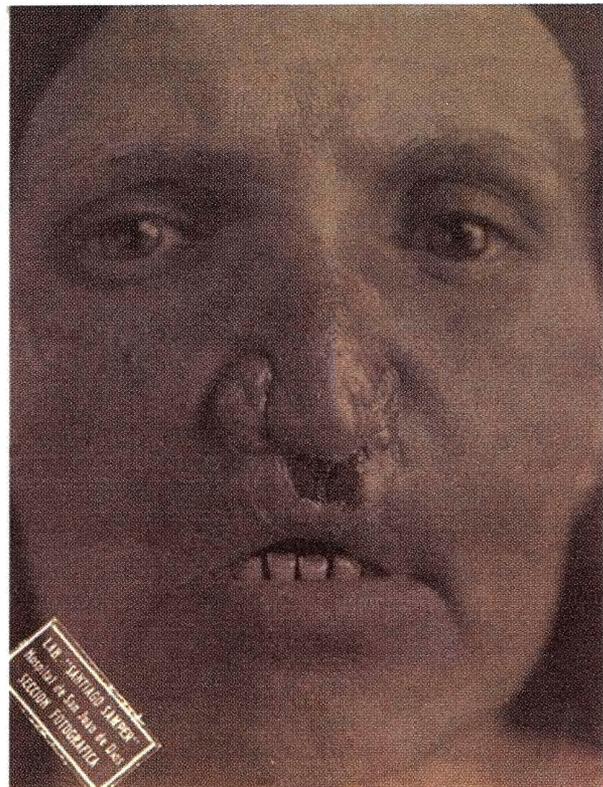
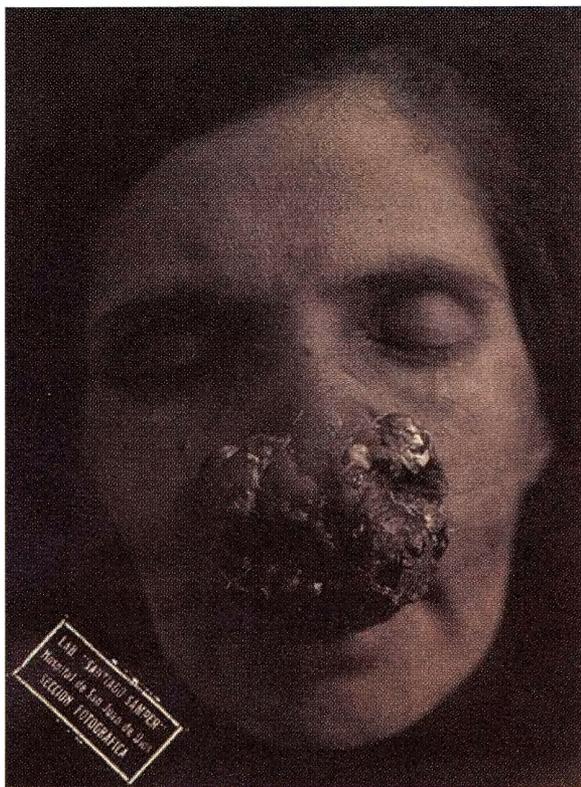


Figura 1. Rinoscleroma; paciente al ingreso y en control (julio y noviembre 1935) H.C. A.

## HISTORIA CLÍNICA B

Se trata de una mujer de 35 años, remitida por el Dr. Gonzalo Reyes García desde Buga, a quien se abre historia el 26 de abril de 1935, encontrando un reporte de biopsia (examen histológico No. 44) el 3 de mayo, cuya conclusión es una “escleromatosis”.

El 3 de mayo, en la historia elaborada por el Dr. Suárez, se reporta que la enfermedad comenzó hace 18 años con hemorragia nasal frecuente y secreción fluida de color amarillo, presentándose obstrucción nasal de ambos conductos. Al examen físico se observa hipertrofia considerable de la mitad derecha de la nariz, y es imposible practicar la rinoscopia anterior.

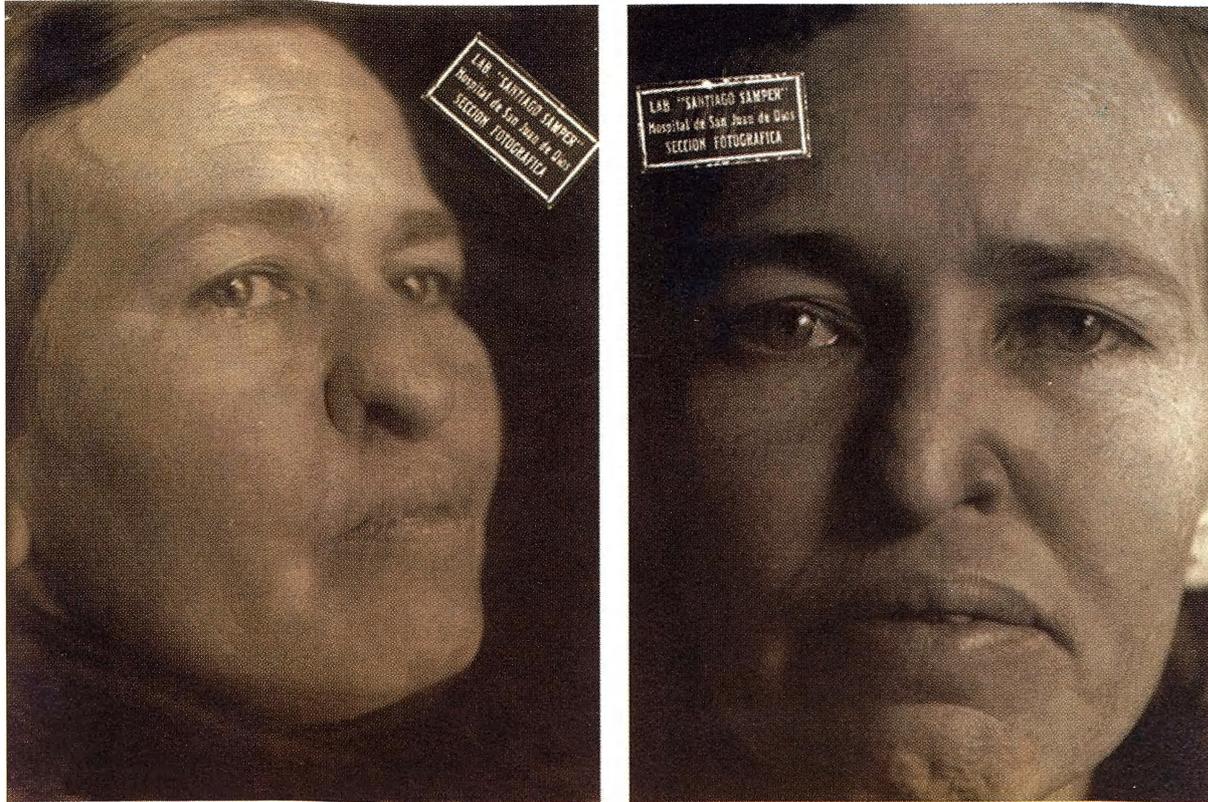


Figura 2. Paciente al ingreso y en control (junio 1935 y febrero 1936) H.C. B.

El 3 de junio de 1935 la paciente es vista por el Dr. Llinás, y el 11 de junio aparece nuevo reporte de biopsia de pared posterior de faringe, anotado como "rinoescleroma". La paciente es tratada y en los controles presenta cicatrización severa que impide, como secuela, una dilatación y reconstrucción de la nariz. Se deja constancia de las llamadas a los familiares, pero, debido a trastorno mental, la paciente no vuelve. Hay anotaciones hasta abril de 1936.

### HISTORIA C

Corresponde a una mujer de 20 años de edad, remitida desde Ráquira, que consulta en mayo de 1935. En la historia al ingreso se anota que la sintomatología inició se hace 5 años, con sequedad nasal, prurito y formación de costras. Además hemorragias frecuentes y dificultad para respirar por la nariz. Se encuentra con un embarazo de 4 meses (figura 3).

El examen histológico No. 95 reporta que posiblemente se trate de un rinoescleroma.

Se trata con aplicación nasal de rádium, con seguimiento hasta septiembre. Nuevamente es vista en agosto de 1936 y se hacen nuevas aplicaciones. En octubre se cita a control en seis meses y en mayo de 1937 se encuentra constancia de haberle escrito al alcalde de Ráquira para que "averigüe por la enferma e informe al Instituto".

### HISTORIA D

Corresponde a una mujer de 35 años, remitida por el Dr. Otálora desde Guadalupe (Santander), en mayo de 1935.

En la anamnesis se consigna que la evolución de la lesión es de 10 años (figura 4). Adicionalmente, la

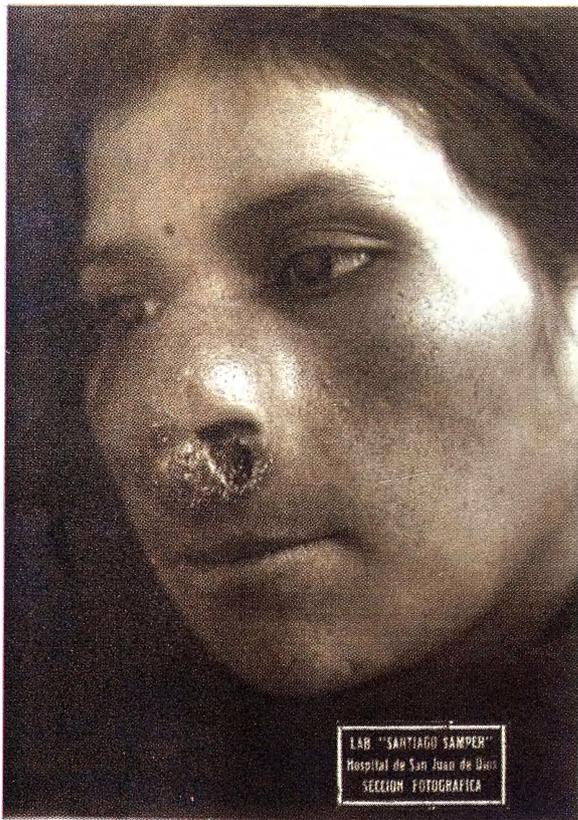


Figura 3. Rinoscleroma (junio, 1935) H.C. C.

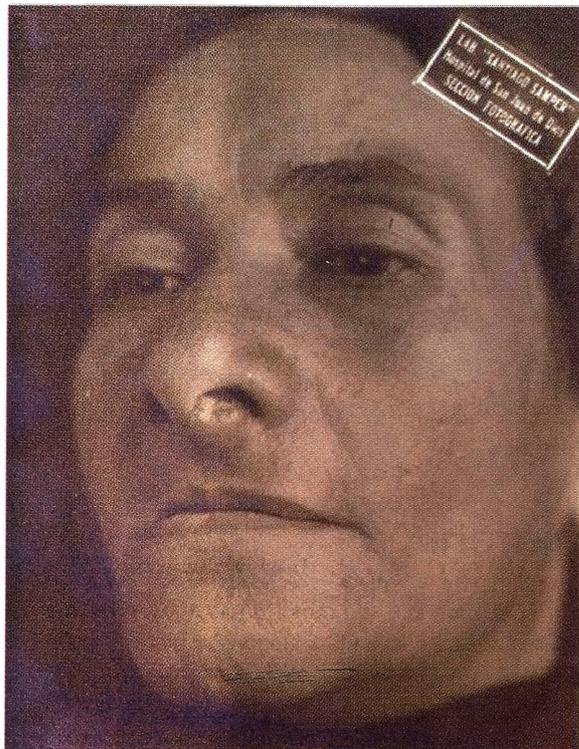


Figura 4. Rinoscleroma (junio, 1935) H.C. D.

paciente presenta un callo en el dedo pequeño del pie izquierdo. El examen histológico (No. 64) muestra, como conclusión, “inflamación crónica de aspecto escleroso”.

Se hace tratamiento del rinoscleroma con aplicación nasal de radium; igual tratamiento se aplica para el callo (figura 5).

En los controles se practican como exámenes la reacción de Wassermann y Kahn, con resultados negativos. La paciente continúa en control durante 10 años con excelentes resultados, hasta abril de 1947.

## HISTORIA E

Paciente de sexo femenino, de 27 años, procedente de Turmequé (Boyacá), con historia de 2 años de evolución de lesión en nariz (figura 6), quien ingresa al Instituto en mayo de 1935. El examen histológico (No. 96) concluye que “hay algunos signos que corresponden al granuloma de rinoscleroma”. La reacción de Wassermann y Kahn, realizada en el laboratorio clínico del Dr. Santiago Samper Mendoza, es positiva, por lo que

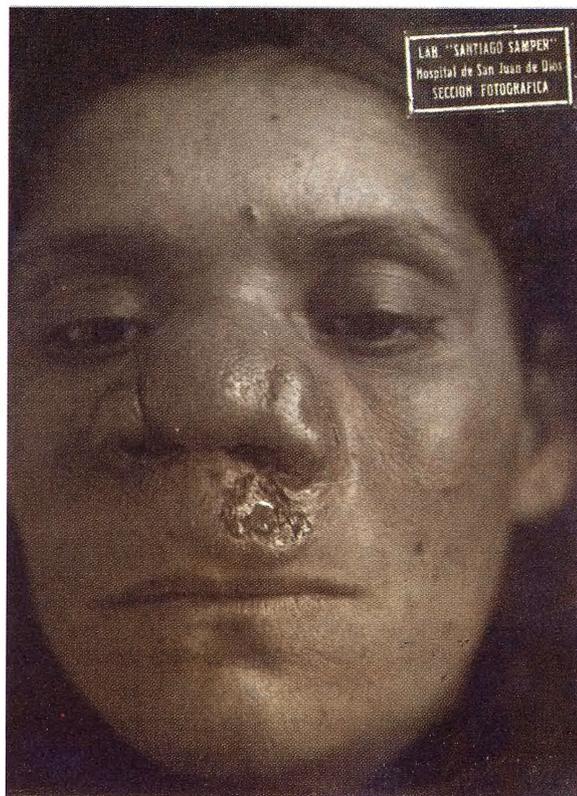


Figura 6. Rinoscleroma y sífilis (junio 1935) H.C. E.

Figura 5. Formato de aplicaciones de radioterapia al callo del pie izquierdo. H.C. D.

Obs. No. 89 SECCION DE RADIOTERAPIA GENERAL INSTITUTO NACIONAL DE RADIUM  
 BOGOTA - COLOMBIA  
 CUADRO DE IRRADIACION

Apellido \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 35 años Edad Femenino Sexo  
 DIAGNOSTICO Callo del dedo pequeño del pie izquierdo.  
 DOSIS TOTAL 2.400 R# EN 1 CAMPOS  
 DURACION DE LAS IRRADIACIONES 58 minutos. PRACTICADAS EN 2 días distri-  
buidos en 29 días.

No. de Orden	FECHAS	APTO. No.	TUBO No.	KV	MA	FILTRO en mm.	DIST. F. P.	REGION	CAMPO	Localizador	TIEMPO	DOSIS EN "r" INTERNACIONAL	OBSERVACIONES
1	Junio 26/35	# 2	35324	120	6	1.5 Al.	27 cms.	pie izq.	dedo pequ.	circular	32'	1.400	
2	Julio 27/35	"	"	120	6	1.5 Al.	27 cms.	pie izq.	"	circular	26'	1.000	FIN DEL TRATAMIENTO

se inicia tratamiento antilúético con la técnica de Vernés: bismuto-cianuro de mercurio y neosalvarsán. Paralelamente, se irradia la lesión con dos aplicaciones nasales con 18 tubos.

La revisión de la biopsia No. 96 muestra un infiltrado de células plasmáticas, histiocitos y células de Mickulix que permiten hacer un diagnóstico de escleroma y sífilis. La paciente tiene un proceso de cicatrización. El último control es en septiembre de 1935, fecha a partir de la cual no vuelve. En la historia se deja constancia de múltiples cartas escritas al alcalde de Turmequé, quien en abril de 1938 informa que la enferma no se encuentra en la población.

## A MODO DE RESUMEN

Se trata de un grupo de pacientes, todas ellas mujeres jóvenes, provenientes del área rural, con rinoescleroma. La revisión plantea un problema que setenta años después sigue perfectamente vigente, haciendo referencia a la similitud de presentación clínica, complicaciones e imágenes –tanto radiológicas como histológicas que puede haber entre tumores, enfermedades inflamatorias e infecciosas, donde el diagnóstico final dependerá de la perfección de la aplicación de múltiples disciplinas. No son pocas las ocasiones en las que la línea que diferencia una neoplasia y una no-neoplasia, un seudotumor y un tumor, una enfermedad preinvasiva y un fenómeno de adaptación celular, benignidad y malignidad, es sumamente tenue.

El rinoescleroma refleja claramente el paso por distintas clasificaciones y orígenes etiológicos; descrito por primera vez en la sociedad médica de Viena, en 1870, por Von Hebra y Kaposi, como una forma de sarcoma entre de origen glial y carcinoma, posteriormente la misma sociedad lo consideró una forma de sífilis. En 1840, Biercowsky y Kraskow habían demostrado la enfermedad en restos arqueológicos de Terracota y de la cultura maya, correspondientes a 300-600 años antes de Cristo. En 1872 y 1877, Mikulicz y Gerber describieron las primeras imágenes histológicas; en 1882, Frisch aisló un germen que consideró el agente causal del rinoescleroma. Sin embargo, esto no se pudo demostrar hasta 1962, cien años después de la primera descripción, cuando Steffen, Smith y Hoffman aislaron un germen que cumplía la totalidad de los postulados de Koch, llamado *Klebsiella rhinoscleromatis* (1,5) y reconocido, en sus cápsulas tipo III y IV, por técnicas de fermenta-

ción, inmunológicas, biología molecular, cultivos con subespecialización bioquímica e inmunoperoxidasas (2,3).

La infección se presenta, característicamente, en áreas pobres y rurales en muchos lugares del mundo, entre los que cabe citar Europa central, países del Oriente y Latinoamérica, donde ha sido ampliamente descrita en Guatemala, Colombia, Venezuela y México; la mayoría de los casos descritos en los Estados Unidos son de inmigrantes centroamericanos.

Su diagnóstico, por lo general, es histopatológico al reconocerse las células de Mikulicz, histiocitos con inclusiones del agente infeccioso, entremezclados con un infiltrado plasmocitario, con los cuerpos de Russel y cambios degenerativos de las células plasmáticas. Las manifestaciones clínicas tienen tres fases claramente diferenciadas, cada una con sus respectivos cambios histopatológicos (4). En la primera hay ozena con descargas acuosas y mucosas nasales, donde se ve histológicamente metaplasia escamosa, hiperqueratosis y atrofia; en la segunda fase se presenta ya un granuloma con formación de nódulos infiltrativos nasales, donde hay cambios de respuesta inmunológica, con infiltrados leucocitarios, histiocitarios, plasmocitarios, linfocitarios y granulocitos. La tercera fase es de escleroma, con deformidad de la nariz y el tracto respiratorio superior. Estas tres fases, por lo general, no se presentan secuencialmente sino en forma simultánea y entremezclada, como se ve en nuestras pacientes.

No puede ser motivo de escándalo que en 1934 se trataran como neoplasias malignas enfermedades hoy reconocidas como no neoplásicas, incluido el tratamiento con radioterapia de un callo fibroso. A pesar de los progresos del conocimiento a partir de la investigación, muchas diferencias siguen siendo considerablemente tenues; es posible que en nuestra época estemos manejando entidades neoplásicas malignas que de pronto no lo son, como podría ser, en referencia al autor, el sarcoma de Kaposi, donde los antibióticos se estarían utilizando como antineoplásicos. El avance del conocimiento empieza a reconocer algunos microorganismos vivos como agentes necesarios para el proceso carcinogénico, llevándonos a la duda sobre si se trata de tumores malignos o de infecciones. Ejemplos contrarios son una numerosa gama de casos ampliamente descritos, como las micosis en la piel, las amebiasis en el cuello uterino, los condilomas y verrugas en genitales y las enfermedades parasitarias en tejidos blandos, confundidos clínicamente con los carcinomas.

Algo bien interesante de estas historias clínicas es observar cómo los colegas de esa época se preocuparon por documentar la historia no sólo con descripciones muy detalladas de la semiología de la enfermedad, sino también con ilustraciones hechas a partir de la mejor tecnología disponible en el momento: la fotografía en blanco y negro. Actualmente disponemos de muchísimas herramientas para mejorar y perfeccionar la historia clínica y su ilustración; sin embargo, miramos las historias antiguas con un halo de veneración y nostalgia por lo que se ha perdido. Además de la descripción de la semiología, esencia de la medicina que nunca podrá ser suplantada ni olvidada, existe hoy en día la posibilidad de crear y recrear los mapas de las rutas mentales del aprendizaje y el estudio de una enfermedad, utilizar mecanismos de simulación de una enfermedad o de una estrategia terapéutica y desarrollar mecanismos de comprensión de la fisiopatogenia de las enfermedades usando los escenarios virtuales y los programas de computador para mejorar los mecanismos propios del aprendizaje, basados en el estímulo último de los sentidos y el despertar de una emoción. Es hora de volcar la tecnología hacia los objetivos sobre los que tanto insistieron los primeros médicos del Instituto: lograr, en cada historia, una representación de la historia natural de la enfermedad, con las particu-

laridades propias de cada individuo; una fisiopatogenia individual de la enfermedad, una historia terapéutica en imágenes y la consignación de datos que denotan la profunda preocupación por cada uno de los pacientes.

## REFERENCIAS

1. Rees TA, Gregory MM. *Causative organisms in rhinoscleroma*. Lancet 1977 Mar 19;1(8012):650.
2. Luna LG. *Manual of histologic staining methods of AFIP*. 3 ed. New York: McGraw-Hill; 1969. p.3.
3. Prophet EB, Mills B, Arrington JB, Sobin LH. *Métodos histotecnológicos*. AFIP; 1995.
4. Goldberg SN, Canalis RF. *Rhinoscleroma as a cause of airway obstruction*. Ear Nose Throat J 1980; 59(4):145-9.
5. Meyer PR, Shum TK, Becker TS, Taylor CR. *Scleroma (rhinoscleroma). A histologic immunohistochemical study with bacteriologic correlates*. Arch Path Lab Med 1983;107:377-383.