

Servicio de Otorrinolaringología
del Hospital Arriarán.
Jefe: Dr. M. Parada.

RINITIS PSEUDOMEMBRANOSAS NO DIFTERICAS

Por el Dr. AUGUSTO LATORRE AGUERO

La rinitis pseudomembranosa diftérica es una afección muy común en la práctica infantil y sus caracteres clínicos son ampliamente conocidos por el médico pediatra. En efecto, se trata, por lo general, de un coriza unilateral, mucosanguinolento, con epistaxis a repetición, erosiones del vestíbulo nasal y ala de la nariz, tumefacción del labio superior y, a veces, adenopatías cervicales voluminosas. Al examen rinoscópico se encuentra en la fosa nasal, la mucosa cubierta de pseudomembranas adherentes que sangran a la menor tentativa de desprenderlas.

Tal es el cuadro clínico corriente de la difteria nasal. Su diagnóstico es, por lo tanto, relativamente fácil para el pediatra o para el otorrinólogo, en la gran mayoría de los casos; pero, sólo el Laboratorio nos puede asegurar este diagnóstico, revelando la presencia de bacilos de Loeffler en la secreción nasal.

Sin embargo, últimamente me ha tocado observar en varias oportunidades, a niños que presentaban una afección nasal con las características clínicas ya mencionadas, que habían sido examinados por médicos pediatras y por otorrinólogos, y a los cuales se les hizo colocar, de inmediato, una fuerte dosis de suero antidiftérico, sin esperar el resultado del examen bacteriológico de la secreción nasal e incluso, en al-

gunos casos, sin haberse tomado una muestra de esta secreción para investigar la existencia de bacilos de Loeffler. O sea, estos colegas ante una rinitis pseudomembranosa, procedieron con el mismo criterio con que habrían actuado ante una angina pseudomembranosa: hicieron colocar suero antidiftérico sin esperar la confirmación del diagnóstico de difteria por el Laboratorio.

Este proceder es lógico tratándose de la faringe, pero es muy discutible en lo que se refiere a las fosas nasales.

Las anginas pseudomembranosas de la infancia, prácticamente, son siempre de origen diftérico. Por otra parte, la difteria faríngea es una enfermedad grave que puede producir, a veces en pocas horas, graves complicaciones tóxicas o de vecindad; de aquí la indicación de emplear la sueroterapia a altas dosis, rápidamente y sin esperar el resultado del examen bacteriológico de la secreción, ante la sospecha de una difteria de la faringe.

En cambio, no sucede lo mismo con las rinitis pseudomembranosas, entre las cuales hay muchas que no son diftericas y en que el examen de la secreción nasal revela la existencia de otros gérmenes tales como estreptococo, estafilococos, pneumococos, etc.

Luego en presencia de una rinitis pseudomembranosa debemos cerciorarnos primero, recurriendo al Laboratorio, si se trata de una difteria nasal, antes de indicar la sueroterapia, a fin de evitar los inconvenientes derivados del uso innecesario del suero (creación de un estado de anafilaxia, molestias propias de la enfermedad del suero, etc.).

Aun en el caso de que se trate de una difteria nasal, el hecho de esperar 24 horas para precisar el diagnóstico, no encierra en la práctica, ningún peligro para el paciente; porque, como es sabido, la difteria nasal no tiene la gravedad de la difteria de la faringe; menos aún en nuestro país en donde la difteria, en general, es muy benigna, comparada con otros países como el Uruguay o la Argentina. La mayor parte de las veces la difteria nasal se presenta, entre nosotros, como una afección de curso crónico que puede durar varias semanas y sin que se presenten complicaciones tóxicas o de vecindad. El porqué de esta relativa benignidad de la difteria nasal, no ha sido aún claramente explicado. Se ha dicho, entre otras cosas, que la mucosa nasal presentaría una mayor resistencia al bacilo de Loeffler que la mucosa de la faringe y que, a la larga, éste sería destruído por la secreción nasal.

Voy a leerles, a continuación, algunas observaciones de rinitis pseudomembranosas no diftéricas, recogidas últimamente en nuestro servicio del Hospital Arriarán:

OBSERVACION N.º 1. — Gladys M., 4 años de edad. Ficha N.º 60604 del Hospital Arriarán.

Examinada en julio del presente año.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Desde hace 15 días presenta obstrucción nasal; secreción espesa, mucopurulenta y sanguinolenta por la fosa nasal derecha; epistaxis a repetición, erosiones del vestibulo nasal y ligera tumefacción del labio superior.

Examen: Niña pálida, delgada, afebril. Al examen rinoscópico encontramos en la fosa nasal derecha, secreción pseudomembranosa, adherente y que sangra fácilmente al tacto. Faringe normal. Adenopatías voluminosas en ambas regiones submaxilares.

Se toma una muestra de la secreción nasal y se envía al Laboratorio para investigar la presencia de bacilos de Loeffler. El resultado del examen es negativo; no hubo desarrollo de bacilos diftéricos, sino de estreptococos hemolíticos. El examen de una nueva muestra da idénticos resultados.

La niña sanó alrededor de 10 días después con un tratamiento local a base de instilaciones de aceite gomenolado al 5% y tocaciones de nitrato de plata al 2%.

OBSERVACION N.º 2. — Roberto O., 8 años de edad. Ficha N.º 76322 del Hospital Arriarán.

Examinado en julio del presente año.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Desde hace cerca de tres semanas tiene obstrucción nasal, secreción espesa mucosanguinolenta por la fosa nasal derecha y erosiones del vestibulo nasal y labio superior.

Examen: Buen estado general. Afebril. Faringe nada de especial. Al examen rinoscópico presenta en la fosa nasal derecha, tumefacción de la mucosa y secreción pseudomembranosa que sangra fácilmente al tratar de desprenderla.

El examen bacteriológico de la secreción, repetido en dos ocasiones, sólo reveló la presencia de estreptococo hemolítico.

Este niño sanó de su afección nasal, después de varios días de tratamiento (instilaciones gomenoladas, pomada de Neisser, etc.) y sin presentar ninguna complicación.

OBSERVACION N.º 3. — Manuel M. Edad: 16 meses. Ficha N.º 80059 del Hospital Arriarán.

Examinado en julio del presente año.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Desde hace cerca de dos semanas tiene cotiza mucosanguinolenta bilateral, obstrucción nasal y erosiones de las alas de la nariz y labio superior.

Examen: Buen estado general. Afebril. A la rinoscopia anterior se encuentra en ambas fosas nasales, secreción purulenta espesa, muy adherente. La mucosa está tumefacta y sangra con mucha facilidad. Faringe nada de especial.

El cultivo de la secreción nasal dió solamente desarrollo de pneumococos.

Como podemos ver por la lectura de las observaciones anteriores, el cuadro clínico de las rinitis pseudomembranosas no diftericas, es idéntico al de las diftericas. Entre estas dos afecciones el diagnóstico clínico es imposible. En ambas hay obstrucción nasal, escurrimiento de serosidad sanguinolenta que provoca escoriaciones del ala de la nariz y labio superior; la fosa nasal se presenta ocupada por una pseudomembrana fibrinosa, adherente, y por debajo de ella la mucosa está tumefacta y sangrante. El examen bacteriológico de la secreción es lo que hace el diagnóstico, revelando la presencia de bacilos de Loeffler, si se trata de una difteria nasal, o su ausencia y desarrollo de otros gérmenes, en las rinitis pseudomembranosas no diftericas.

Las rinitis pseudomembranosas no diftericas fueron perfectamente conocidas por los antiguos. En 1906, por ejemplo, Bar (citado por Bertoin) hizo una comunicación sobre este tema a la Sociedad Francesa de Laringología, en la cual exponía las dos doctrinas más aceptadas para explicar la etiología de estas rinitis: la doctrina unicista y la doctrina dualista.

Los partidarios de la doctrina unicista sostenían que todas las rinitis pseudomembranosas eran diftericas y que el hecho de no encontrar el bacilo de Loeffler en la mucosa nasal, podía deberse a que la mucosa nasal, muy resistente a este bacilo, secretaría una antitoxina que lo destruiría al cabo de cierto tiempo.

Esta doctrina es evidentemente errónea. Así como en la faringe y laringe pueden haber pseudomembranas no diftericas, no hay razón para que no las haya también en las fosas nasales. Por esto la doctrina dualista es la aceptada actualmente. Según ella, las rinitis pseudomembranosas pueden ser diftericas o no diftericas. Las diftericas son las más frecuentes en la práctica. Las no diftericas se encontrarían en el 20 a 25 % de los casos y en ellas los exámenes repetidos de la secreción nasal, no dan nunca desarrollo de bacilos de Loeffler

sino de otros gérmenes, tales como estreptococo hemolítico, estafilococos, pneumococos, etc.

Luego ante una rinitis pseudomembranosa debemos investigar cuidadosamente su etiología y no iniciar a ciegas la sueroterapia antidiftérica. Como dijimos anteriormente, ante un cuadro sospechoso de difteria, no debemos proceder en las fosas nasales con el mismo criterio que en la faringe.

Estas rinitis pseudomembranosas no diftéricas son, por lo general, muy rebeldes al tratamiento y pueden prolongarse varias semanas. Nosotros hemos ensayado en ellas, sin ningún resultado, las sulfamidas, tanto por vía oral como en instilaciones locales bajo la forma de sulfatiazol sódico en solución al 5 %. Las instilaciones aceitosas (gomenoladas o mentoladas) y las curaciones repetidas con soluciones astringentes (nitrato de plata al 2 %, cloruro de zinc al 1 %) parecen ser el mejor tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- BERTOIN R. — "Rinitis pseudomembraneuses non diphtériques". Arch. Int. de Laryng. 1928 N.º 2. P. 160.