

SÍNDROMES OTO - RINO - LARINGOLÓGICOS DE APARIENCIA TUBERCULOSA

Dr. J. BERINI FERRÁN

Es tan frecuente en clínica el hallazgo de enfermos cuya sintomatología entra a la vez en el campo de la tisiología y de la laringología que justifican sobradamente cuantos esfuerzos se hagan para aclarar que debemos aportar tisiólogos y laringólogos para el correcto diagnóstico y subsiguiente tratamiento.

Tres historias clínicas, triviales en sí, pero engarzadas intencionadamente nos pondrán sobre aviso acerca de la relación y posible confusión entre síndromes tuberculosos y síndromes del dominio rino-laringológico.

Veamos la primera: se trata de una joven que desde un cierto tiempo presenta un cuadro de febrículas, tos y espectoración, la exploración pulmonar muestra disminución del murmullo vesicular, de las vibraciones y de la resonancia, algún crepitante y sub-matidez. La enferma, etiquetada de tuberculosa,

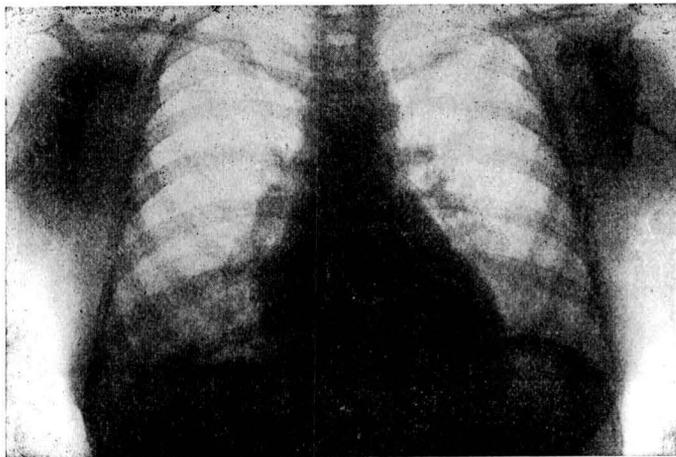


Fig. 1

fué mandada a Barcelona para ser vista en rayos X y... he aquí el cliché que se obtuvo (fig. 1)

Interrogada acerca del episodio inicial, el acceso de tos clásico, al entrar el cuerpo extraño en su árbol respiratorio, la enferma explicó que cuatro meses antes, en efecto, había inhalado, en un acceso de risa, una horquilla que tenía en la boca, pero que este episodio había sido por completo olvidado, puesto que varias horquillas fueron encontradas en el suelo en la habitación en que esto sucedía y además la latencia absoluta del cuerpo extraño, que, detalle muy interesante no dió durante meses, sintoma alguno, hizo olvidar por completo el episodio inicial. He aquí, pues, un primer cuadro pseudo-tuberculoso de interés O. R. L.

La segunda historia se refiere a un niño de tres años, que en el curso de un resfriado nasal, en él muy frecuente, empieza a toser y a tener fiebre. Unos días después, y ante la persistencia de ambos síntomas, la familia alarmada solicita una exploración radiológica que demuestra (fig. 2) una importante adenopatía traqueo-bronquial. Se habla de complejo primario, de las posibles complicaciones, el fantasma de la meningitis asomática... el niño es mandado a la montaña y pocos días después la temperatura cede, la tos desaparece y se practica un Mantoux que es negativo. ¿Qué ha pasado? Sencillamente que la adenopatía traqueo-bronquial no es siempre tuberculosa, ya que un cierto número de afecciones infantiles, tosferina, sarampión, escarlatina y también la simple adenoiditis y ésta es la causa más frecuente, infartan los ganglios mediastínicos por la misma razón que los cervicales. No hay, pues, que apresurarse a hablar de tuberculosis en el niño sin que la prueba tuberculínica, con las limitaciones de rigor, haya firmado la sensibilización específica recordando que la hilitis inespecífica de Engel es una realidad clínica.

El tercer caso es el siguiente: Enfermo tuberculoso con lesión unilateral tratada por neumotórax eficaz, ya abandonado desde unos meses. Este enfermo tiene una obstrucción nasal bilateral y la consiguiente laringitis crónica banal.

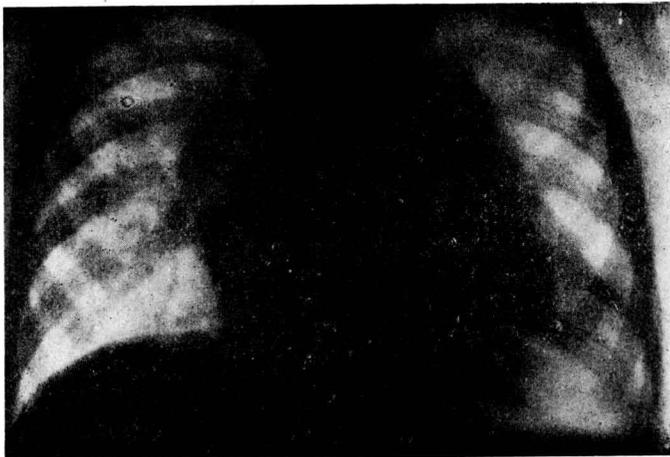


Fig. 2

Se nos plantea la necesidad de una intervención liberadora, con dos finalidades, por una parte para que el aire que entre en su pulmón esté filtrado, caliente y húmedo y por tanto en las mejores condiciones y por otra para que su laringe, libre del paso del aire bucal, esté en mejores condiciones frente a una ulterior agresión bacilar. Siguiendo estas premisas, al parecer lógicas, liberamos sus fosas nasales mediante una simple resección submucosa de tabique y... el resultado no se hizo esperar, poco después una siembra bronco-neumónica terminaba con el enfermo. En la casuística este caso no es una excepción y la prohibición de intervenciones nasales es ya de regla. Acaso tenga esto algo que ver con el hecho de que el bacilo de Koch vive mejor en los tejidos bien oxigenados.

Estas tres historias, en realidad anécdotas de la vida profesional, nos muestran otros tantos enfermos en los que se planteó un problema al fisiólogo y al laringólogo. Más que relatar mayor número de casos en los que esta relación sea más o menos evidente, me parece útil agrupar en tres grandes capítulos las afecciones capaces de presentar síntomas que puedan llevar al enfermo indistin-

tamente a uno u otro especialista, y así pasaremos revista a las enfermedades del dominio rino-laringológico capaces de producir *tos*, *fiebre* y *hemoptisis*.

Aceptando que existe una tos fisiológica de origen neumogástrico y una tos patológica trigeminal recordaremos que un cierto número de rinopatías producen esta última. Fijemos de antemano los caracteres de esta tos refleja. Se trata de una tos seca, convulsiva, progresiva, irresistible, inútil, no productiva (sin expectoración) que se provoca por excitación de las zonas reflectógenas y se suprime, por lo menos temporalmente, por la anestesia local de las mismas. Múltiples causas locales nasales son capaces de producirla, tales como el contacto entre cornete medio y tabique (zona nasal reflectógena), pólipos, cuerpo extraño, rinitis alérgica o vaso-motriz, secreción purulenta sinusal, tumores.

También en la faringe puede hallarse el origen de esta tos que provocan la faringitis crónica, la longitud anormal de la úvula, la adenoiditis, la hipertrofia de la amígdala lingual.

En la laringe no es tan frecuente como se cree encontrar la causa de esta tos, pues la laringitis aguda, es decir el simple resfriado, no da, en la laringe, más síntoma que la afonía, sin embargo la tos laringea puede ser debida a un edema progresivo, al flemón perilaringeo, a la difteria, al cuerpo extraño.

La tráquea debe ser explorada cuidadosamente en la tos rebelde de la que no se encuentra causa, pues la traqueitis aguda (accesos de tos de los resfriados de vías bajas), los cuerpos extraños conocidos o ignorados, las neoplasias bronquiales, los papilomas, las varices y las lesiones tuberculosas de la misma cuentan la tos entre sus principales o únicos síntomas.

La exploración de la tráquea se realizará por radioscopia y después por traqueo-broncoscopia, exploraciones ambas que se complementan, puesto que la broncoscopia da una visión limitada al rayo visual y por tanto a las porciones situadas o en línea recta o a lo más a la entrada de los principales bronquios. La radiología nos mostrará atelectasia de un lóbulo si existe una neoformación o un cuerpo extraño obstructivo, sea o no opaco, lo que corroborará la exploración clínica por la matidez y el silencio respiratorio. Si se trata de un cuerpo extraño (semillas) capaz de hincharse, la atelectasia es muy marcada (pulmón anegado) y el mediastino puede desviarse hacia el lado afecto. Si el cuerpo extraño actúa de válvula dejando entrar el aire pero no salir, existe enfisema y el campo es radiológicamente hiperclaro pudiendo llegar a limitar las excursiones diafragmáticas. En ulterior período se produce un absceso pulmonar con sintomatología propia.

La exploración mediastínica nos mostrará neoformaciones tusígenas que no entran, naturalmente, en nuestro estudio.

Ante un enfermo que ha sufrido una hemoptisis al que el tisiólogo, no encontrándole nada anormal en sus pulmones, lo manda al laringólogo, he aquí lo que debemos hacer: ante todo interrogarle acerca del esfuerzo que debió hacer para expulsar la sangre, es decir, si tosió, carraspeó, limpió el cavum, rascó el cuello, succionó sus encias, vomitó o regurgitó. Luego, si la sangre salió de color rojo vivo, oscura, sonrosada o espumosa. Finalmente, la cantidad aproximada (teniendo en cuenta que si está muy asustado dirá mucho más) y si sólo ha salido por la boca o también por la nariz y si se encuentra amenudo manchada la almohada. Esto sólo ya nos orientará acerca de la topografía lesional.

Empecemos por sentar que el tisiólogo no puede a veces negar de una manera terminante la integridad pulmonar, puesto que en procesos infiltrativos o indurativos de comienzo, la sintomatología puede ser tan escasa que el proceso pulmonar por un tiempo sea indistinguible y que será prudente dejar pasar un tiempo entre la primera y la segunda exploración durante el cual el laringólogo explorará su campo.

Veamos qué afecciones O. R. L. pueden sangrar: las fosas nasales sangran

en múltiples circunstancias, pero raramente la epistaxis pasa inadvertida, pues basta adoptar la posición bipeda para que la sangre salga por los orificios anteriores. En caso de que sangre la coana (fibroma naso-faríngeo) la emisión sanguínea que es abundante, desciende por el cavum.

Las varices faríngeas pueden originar esputos hemoptoicos pero desde luego raras veces, siempre en escasa cantidad y visible a la simple inspección. La sangre sale por carraspeo. Examinese cuidadosamente la existencia de una posible neoplasia faríngea, amigdalar, de base de lengua o de laringe.

La gingivorragia es frecuente, en especial en bocas descuidadas. El enfermo explica que el cepillo de los dientes (si lo usa) sale cada día teñido en sangre y que en la almohada hay una mancha rosada. La laringe y las amígdalas no sangran más que en los procesos neoplásicos o en los traumatismos, pues las úlceras (angina de Vincent) o la difteria sólo sangran ligeramente al contacto.

La gran productora de hemorragias ocultas está en los confines de nuestras especialidades, es decir en la tráquea y grandes bronquios.

He aquí una lista de los procesos capaces de hacerlos sangrar: Fracturas costales, heridas pulmonares, cuerpos extraños, cambios bruscos de presión atmosférica, hemorragias suplementarias de la hipertensión esencial, estenosis mitral, ruptura del aneurisma de la aorta, hemofilia, púrpura, enfermedad de Osler, leucemias, papilomas, neoplasias, espiroquetosis bronco-pulmonar.

El enfermo nos orientará acerca de esta localización si nos habla de presión retroesternal. La traqueoscopia es, naturalmente, indispensable para establecer estos diagnósticos.

No debemos, finalmente, olvidar que el esófago sangra con cierta facilidad (varices, neoplasias), pero la sangre saldrá por vómito o regurgitación aun cuando en este caso debemos aclarar si la sangre ha sido previamente deglutida desde una lesión alta o procede del estómago.

Finalmente, la febrícula es otro de los grandes capítulos en el ancho campo de las relaciones entre O. R. L. y fisiología.

Veamos cómo las cosas suceden: un sujeto, en general joven, descubre por casualidad que tiene unas décimas a ciertas horas del día, especialmente por la tarde, se encuentra bien y sin el termómetro sería un ser feliz. Y empieza el calvario de las exploraciones, el vía crucis de médico en médico y, naturalmente, el lugar de honor lo tiene el fisiólogo y con razón, pues sino el mayor número si ve el fisiólogo las más importantes en cuanto al diagnóstico y subsecuente pronóstico... pero éste no encuentra nada y se piensa en el apéndice por ciertos antecedentes, pero éste no acusa sintomatología mayor, y luego se busca el colibacilo y el síndrome entero-renal, y la colecistitis y su próstata o sus ovarios y anexos y... naturalmente el laringólogo es consultado. Vamos por partes, ¿qué afecciones O. R. L. pueden mantener un foco febril durante largo periodo de tiempo y al decir esto desde luego ya descartamos todas las infecciones con sintomatología aguda anginas, adenoiditis agudas, rinitis o sinusitis agudas, etc.

Los senos nasales pueden, y en efecto son, muy amenudo el foco originario de las febrículas. Las sinusitis crónicas, sin dolor espontáneo, porque drenan entre periodos de retención, cosa muy explicable dado que su ostium de drenaje o es alto, caso del s. maxilar o conduce a un conducto largo, tortuoso y con células que dificultan el libre paso, caso del seno frontal. El enfermo puede no darnos más que un síntoma para orientarnos, la secreción nasal, que tratándose de senos posteriores (etmoidal posterior, esfenoidal) ni aun sale por la nariz sino por el cavum. La exploración, sin embargo, es convincente; pus en el meato medio o en el superior, diafanoscopia y radiografía completan el diagnóstico.

El oído rara vez da febrículas y en todo caso la otoscopia aclarará el diagnóstico.

La difteria nasal da una secreción irritante en el vestibulo nasal correspondiente, así como el cuerpo extraño.

La fiebre por brotes, con buen estado general a pesar de ser alta, acompañada, en niños, a la adenoiditis, enfermedad de tal frecuencia que debe pensarse siempre en ella en la primera infancia. No es raro que no vaya acompañada de más síntomas, pero si observamos cuidadosamente notaremos que el niño ha tenido ya muchos resfriados en el curso de los cuales ha tenido obstrucción nasal, rinolalia cerrada, otalgia, inapetencia y tos por deglución de moco-pus. La exploración de su faringe permite ver, gracias a la náusea provocada por el depresor, moco descendiendo y el tacto completa el diagnóstico. En cuanto al papel que la amígdala desempeña en la etiología de la febrícula nuestra opinión expresada en nuestra Monografía «Patología Focal Amigdalár» (*), es la siguiente: Damos tal importancia a este síntoma que nunca nos pronunciamos cuando somos interrogados acerca de una infección focal sin haber pedido una cuidadosa curva térmica que abarque por lo menos ocho días y no porque creamos que no puedan existir infecciones amigdalares apiréticas sino porque la existencia de aquel signo rubrica la palabra infección. Pero si concedemos gran importancia a esta hipertermia debemos reconocer que por si sola constituye un signo de tal vaguedad, de tal amplitud patogénica que en la mayoría de casos más servirá para sumirnos en un mar de confusiones que para orientar nuestro diagnóstico.

En resumen, pues, salvo el masaje amigdalár (véase la Monografía citada) o el resultado de la exéresis tonsilar, no podemos, por la sola exploración clínica, asegurar si la febrícula procede o no de este foco. La velocidad de sedimentación es generalmente más elevada en la tuberculosis que en las infecciones locales y es frecuente, aunque no seguro, que hayan existido brotes agudos (anginas). No debe descuidarse asimismo la exploración de la infección dentaria (granulomas, caries, peri-odontitis).

*) Patología Focal Amigdalár. Salvat Editores, S. A. 2.ª edición.

M A I Z P U R

ALIMENTACIÓN HIDROCARBONADA DE GRAN PODER NUTRITIVO
EXENTA DE GRASAS Y PROTEÍNAS

IMPRESINDIBLE para los niños de segunda infancia.

ESPECIALMENTE indicado en regímenes de úlceras gástricas, afecciones intestinales y hepáticas, dietas hidrocarbonadas, de sostén, etc.

Muestras y Fórmula a disposición de los Sres. Médicos



DEPARTAMENTO CIENTÍFICO
DE

PRODUCTOS ALIMENTICIOS
POTAX S. A.

Cristina, 1 Teléfono 16514
BARCELONA