

El Tratamiento del Escleroma con Autohemoterapia Irradiada

Por el Dr. CARLOS A. CLEVES CUCALON.
Profesor Agregado de Otorrinolaringología de la
Universidad Nacional.

En un artículo aparecido en la revista Anales de Otolaringología del año 1949 y traducido para la revista de la Sociedad de Otorrino y Oftalmología, encontré una comunicación del Profesor Lewenfisz sobre los resultados obtenidos en pacientes, que sufrían de escleroma, al ser tratados con inyecciones de sangre irradiada.

Dicho autor divide sus enfermos, para analizar los resultados del tratamiento, en tres grupos:

Primero. Casos no tratados.

Segundo. Casos tratados con Rayos X, por medio de la irradiación de la lesión; y

Tercero. Casos tratados por medio de la Cirugía.

El primer grupo lo subdivide en: a) casos recientes, caracterizados por infiltraciones del tipo de granulación, y b) casos avanzados con infiltraciones pálidas y endurecidas.

En todos estos pacientes se obtuvo con este tratamiento una notable mejoría y sobre todo, se logró negativizar, generalmente después de la primera inyección de sangre, la reacción de Bordet Gengou.

Indudablemente, dice el autor, los mejores resultados se obtienen en los dos sub-grupos del primer grupo de pacientes. Pero sobre todo, en el segundo grupo de pacientes; es decir, en aquellos enfermos en los cuales se hace un tratamiento combinado de Rayos X con autohemoterapia. Por el contrario, en aquellos pacientes sometidos previamente a la cirugía, es decir, los del tercer grupo, los resultados son mediores, por el hecho de que las lesiones cicatriciales ocasionadas por el acto quirúrgico, no sufren ninguna modificación con el tratamiento.

En vista de la seriedad de la información y del número día por día mayor de escleromatosos, que se presentan a los Departamentos de Oto-rinolaringología del Instituto Nacional de Radium y del Hospital de San Juan de Dios, resolvimos ensayar esta nueva modalidad de tratamiento. Escogimos un grupo de pacientes que habían sido previamente irradiados. Más tarde en vista de los resultados favorables, hemos aplicado también la autohemoterapia a casos más recientes que no habían sido sometidos aún a ninguna otra modalidad de tratamiento.

Hasta el momento, el escleroma es una enfermedad incurable; ninguna clase de tratamiento conocido, da resultados satisfactorios. Con el único que se obtiene alguna mejoría es con la irradiación local por medio de los Rayos X. Sin embargo, son mejorías transitorias y localizadas en la zona irradiada. Es frecuente observar lesiones nasales detenidas por la irradiación, pero de un momento a otro el paciente comienza a quejarse de disnea, y al hacer el examen de la laringe o de la tráquea, se puede constatar en estas regiones la presencia de lesiones escleromatosas.

Entre nosotros, desafortunadamente, el número de enfermos es numeroso. La complicación más frecuente es la propagación a la laringe, y, más grave aún, a la tráquea. La disnea producida por la infiltración laríngea, se logra obviar por medio de la traqueotomía, pero cuando la lesión se propaga a la tráquea, la vida del enfermo queda seriamente amenazada porque la infiltración escleromatosa disminuye progresivamente en forma inexorable la luz traqueal, asfixiando lentamente a los pacientes.

De acuerdo con las indicaciones del Profesor Lewenfisz, la técnica que seguimos para tratar a estos pacientes fue la siguiente:

En ayunas, practicamos la extracción de 10 cc. de sangre de la vena cubital y la recibimos en un recipiente previamente citratado para evitar su coagulación. Inmediatamente después fué irradiada esta sangre siguiendo la técnica siguiente: Dosis total de Rayos X 720 Kw. 120 M. A. P. Filtros: 1 mm. de aluminio y 0.5 de Cu. Distancia 30 cms.

Tan pronto se termina la irradiación se aplica la sangre al paciente, por vía intravenosa. En esta misma forma se aplican las inyecciones siguientes, pero se va aumentando progresivamente la cantidad hasta llegar a una dosis de 150 cc. (nosotros hemos aplicado hasta 250 cc.).

Estas inyecciones generalmente se aplican cada seis u ocho días.

Esta modalidad de autohemoterapia, tiene varias ventajas; pero también algunos inconvenientes; las ventajas son: facilidad para proveerse de sangre y, sobre todo, para evitar los fenómenos propios de

toda transfusión, por intolerancia de parte del paciente de una sangre extraña.

El inconveniente principal es cuestión de tiempo, pues es necesario que el enfermo permanezca en el hospital durante varias horas, mientras se le extrae la sangre, se irradia y luego se le vuelve a aplicar.

Sin embargo, son mayores las ventajas, pues evita la práctica de ciertos exámenes como Wassermann, grupo sanguíneo, etc., y la necesidad de estar consiguiendo dadores, lo cual en nuestro medio es difícil y costoso.

La primera historia corresponde a la paciente C. O. Historia Nº 302 del Instituto Nacional de Radium.

Esta enferma ingresó al Instituto por primera vez en el año de 1935, por lesiones ulcerosas localizadas en la faringe acompañadas de fenómenos asfíxicos, no obstante que un año antes había sido traqueotomizada en el servicio de órganos del Hospital de San Juan de Dios.

Las lesiones ulcerosas fueron convenientemente tratadas con arsenicales y bismuto, pues se trataba de lesiones sifilíticas. La reacción se negativizó.

La disnea que presentaba en ese entonces se explicaba fácilmente por la estrechez subglótica que se apreciaba al examen radiológico practicado el 28 de septiembre de 1935 (Nº 146).

Para esta fecha la paciente había sido sometida ya a alguna forma de irradiación, pues en un control del 17 de octubre de 1935 se anota la presencia de una congestión de la mucosa debido probablemente a las irradiaciones.

Por espacio de tres años fue tratada y controlada en el Instituto y evidentemente obtuvo una mejoría, puesto que le fue retirada la cánula de traqueotomía y en el examen radiológico de control, tomado el 15 de enero de 1937, se hacía notar el mayor calibre del diámetro laríngeo, comparado con el examen anterior.

En resumen, los tratamientos practicados en esa época fueron los siguientes:

Telecuterapia: Octubre 2 de 1935. 600 m. c. d.

Telecuriterapia: Diciembre 9 de 1935. 600 m. c. d.

Telecuterapia: Marzo 6 de 1936. 802.50 m. c. d.

La enferma permaneció por fuera del Instituto 8 años, en buenas condiciones, pero en el 46 regresó completamente afónica; con fenómenos disneicos, y con lesiones faríngeas que hicieron pensar en una lesión epiteliomatosa. Sin embargo, la Biopsia tomada en esta fecha (abril 20 del 46 Nº 15413) confirmaba la antigua lesión escleromatosa.

En vista de este resultado fue sometida nuevamente a irradiaciones con Rayos X, profundos, aplicándose 8.600 r.

Con este nuevo tratamiento obtuvo una mejoría de tres años. Pero en marzo 20 del 50 reingresó al Instituto Nacional de Radium y en el examen laringoscópico pudo comprobarse lo siguiente: estrechez considerable de la región sub-glótica; su calibre se encontraba reducido a unos pocos milímetros de diámetro, lo cual hacía la respiración muy penosa a la paciente.

Fue remitida en consulta al doctor Gaitán para que considerara la posibilidad de nuevo tratamiento con Rayos X o si era el caso de tratarla con cirugía.

El 25 de abril, en vista del concepto desfavorable al tratamiento con nuevas dosis de Rayos X, se le practicó con anestesia local una traqueotomía de tipo bajo y se extrajo abundante tejido de granulación, que se encontraba implantado en la pared posterior de la tráquea.

Como hemos visto someramente, esta paciente había sido tratada durante un tiempo considerablemente largo: 15 años. Sin embargo, la lesión no había sido posible curarla, no obstante las mejorías francas que había obtenido después de cada tratamiento.

En vista de esto, y de la propagación de la lesión a la parte alta de la tráquea, resolvimos ensayar con esta paciente el tratamiento de sangre irradiada.

En mayo 25 le fué aplicada la primera inyección de 20 cc. de sangre y se continuó con dosis ascendentes, semanalmente, hasta el 29 de julio, fecha en que se le hizo un examen de control del cual copio lo siguiente:

“La enferma acusa una mejoría subjetiva y objetiva notables; considero debe continuar el tratamiento. La mucosa de la faringe está húmeda y lisa. La permeabilidad nasal ha mejorado y no hay disfonía”. (Fdo. Dr. Cleves C.).

Después de este examen se le aplicaron 5 inyecciones más de sangre y se hizo un nuevo examen de control en el cual se pudo comprobar: la regresión de las lesiones laríngeas, la mayor amplitud de la glotis, lo cual permitió nuevamente la decanulación; previo taponamiento por tres días de la cánula traqueal.

El 23 de diciembre de 1950 se presentó nuevamente a examen de control y pudimos comprobar que no ha habido regresión de las lesiones. La disfonía ha desaparecido completamente y ya la paciente no se queja de disnea.

Fue citada para nuevo control dentro de 3 meses.

Caso segundo.—Paciente L. Z. Historia Nº 7.544 del Instituto Nacional de Radium. Ingresó mayo 9 del 39.

En esa fecha fue examinado por el doctor Meoz, quien anotó la presencia de lesiones escleromatosas localizadas especialmente en la laringe.

Para esa fecha ya el paciente había sido traqueotomizado. El examen radiológico Nº 2494 del 12 de mayo mostraba una infiltración de la región tiroidea de la laringe con desaparición de la luz del conducto. El ventrículo de Morgani no se visualizaba.

Posiblemente por falta de elementos no se practicó biopsia, pero el enfermo fue sometido a tratamiento con Rayos X profundos, aplicándole 7.633 R. las cuales se terminaron en julio 9 del 42. Posteriormente el paciente fue controlado cada mes, más o menos. En estos exámenes de control, se anotó una mejoría, en el sentido de que la luz de la glotis era más ancha. Sin embargo, en el examen radiológico de control, el radiólogo anota la persistencia de estenosis en la porción tiroidea de la laringe y en la parte superior de la tráquea (Mayo 25 del 43).

Por nuevos fenómenos asfíxicos le fue practicada nuevamente una traqueotomía dos meses después, y nueva dosis de Rayos X, la cual no se encuentra anotada en la historia.

En octubre del 43, después de esta última irradiación, el paciente mejoró y se le autorizó a dejar el Instituto.

En marzo del 44, el examen radiológico mostraba la luz laríngea más amplia y se podía visualizar el ventrículo de Morgani. El radiólogo anota la disminución de la infiltración de las paredes y en especial del espacio pre-vertebral.

En el examen de control del 13 de enero de 1945, el especialista doctor Meoz, encuentra al paciente en magníficas condiciones, anota que la curación es completa y lo cita para un año después.

Sin embargo, en septiembre del 45, el doctor Archila recibe al enfermo en consulta, por fenómenos asfíxicos.

Como la luz glótica es normal y el paciente sigue usando cánula, se sospecha la posibilidad de infiltración de la tráquea.

Parece que estos fenómenos disneicos se debieron en ese entonces a manifestaciones catarrales, en un terreno intensamente irradiado, lo cual dio lugar a la disnea. El paciente se retiró del Instituto después de haberle formulado algunos expectorantes.

En mayo del 46 regresa y se le toma por primera vez biopsia (Nº 15622), la cual dio como resultado inflamación crónica no específica. El examen radiológico de esta fecha anota lo siguiente: No

hay evidencia de lesiones en el parenquima pulmonar, aparte de una bronquitis crónica con un foco de esclerosis peri-bronquial. Existe un espesamiento muy marcado de los tejidos blandos de la región sub-hioidena, que tapa en parte la fosa glosa-epiglótica. Parece existir un T. sub-hioideno que interesa la epiglotis. Hay también una tumoración marcada de las bandas ventriculares y de las cuerdas.

En mayo 25, comienza el paciente nueva serie de Rayos X de 6.000 R, la cual se terminó en julio de 1946.

Después de esta última aplicación de Rayos X, tuvo un corto período de mejoría, pero no fue posible obtener su decanulación.

Durante todo el año 47 y 48 el enfermo estuvo asistiendo al Instituto o estuvo hospitalizado en él, obligado por los fenómenos intensos de disnea, los cuales en varias ocasiones hicieron temer por la vida.

El doctor Archila, en vista de que la obstrucción no tenía síntomas de ser de causa alta, solicitó una broncoscopia, la cual le practiqué el 6 de julio del 49. Pude comprobar la gran disminución del calibre de la tráquea, por la infiltración concéntrica de sus paredes, las cuales solamente permitieron la introducción de un broncoscopio de 4 milímetros de diámetro. En estas condiciones consideramos el caso como intratable; se le colocó en cambio de la cánula una sonda de nelaton, la cual, al franquear la estrechez de la tráquea, le permitía al enfermo respirar, aunque con mucha dificultad.

Fue remitido al doctor Gaitán a radioterapia para que estudiara la posibilidad de nueva dosis de Rayos X.

Como no fue posible por los tratamientos que ya había recibido, nos limitamos a controlarlo más estrechamente, para evitar que se tapara la sonda y asfixiara al enfermo.

Pero, en octubre 13 del 49, resolvimos ensayar en él, el tratamiento con sangre irradiada, de acuerdo con las indicaciones ya mencionadas.

El paciente estuvo controlado de cerca por el doctor Mendoza, quien se encargó de la aplicación de las inyecciones de sangre.

En diciembre 19, después de dos meses de tratamiento y de ocho inyecciones de sangre, hicimos un examen de control, cuyo resultado copio de la historia:

"Es evidente la mejoría del enfermo, no sólo desde el punto de vista general sino también local; las lesiones faríngeas se han ablandado, la mucosa faríngea está rosada y húmeda y fue posible retirar el tubo traqueal sin que apareciera disnea". (Fdo. Dr. Cleves C.).

En vista de este resultado, resolvimos seguir aplicando la sangre cada ocho días, hasta llegar a 250 cc., de las cuales se aplicaron posteriormente 6 inyecciones más.

En marzo del 50 se controló nuevamente y se pudo comprobar la mejoría.

Para mayo se le dio salida del Instituto.

En julio y septiembre se hicieron nuevos exámenes de control y se encontró al paciente en muy buenas condiciones.

Este, quizá, es el caso más interesante de todos por la antigüedad de la enfermedad, por el hecho de que este paciente estuvo desahuciado y en una ocasión casi muerto por asfixia y luégo y únicamente con la autohemoterapia se logró retirar la sonda y el paciente pudo regresar a su trabajo sin disnea y con una ligerísima disfonía.

Caso tercero. Paciente J. E. G. Historia Instituto Nacional de Radium N° 11.792.

Ingresó al Instituto Nacional de Radium en abril del 45, quejándose de dificultad respiratoria.

En el examen de admisión, el doctor O. Archila anotó lo siguiente: Hace tres meses, principió a notar cierta dificultad respiratoria, que día por día fue aumentando hasta hacer imposible la respiración nasal. Posteriormente, apareció el mismo fenómeno en la laringe.

Al examen laringoscópico se encuentra una masa carnosa del mismo aspecto de las que obstruyen las fosas nasales, colocada sobre la comisura anterior. Las cuerdas vocales y los repliegues aritenopiglóticos se encuentran infiltrados.

Se practicó biopsia, cuyo resultado histológico confirmó el Diagnóstico Clínico de Rinoscleroma. (Examen histológico N° 12988, abril 11 de 1945).

Con este resultado, se resolvió practicar tratamiento con Rayos X, en dos secciones: La primera dosis fué de 5.986 R. y la segunda, aplicada cuatro meses después fue de 5.460 R.

Días después a la aplicación de esta segunda dosis el paciente presentó fenómenos asfíxicos que hicieron necesario practicarle una traqueotomía. (Noviembre 19 de 1945).

Cuatro meses después, en vista del buen estado del enfermo, se retiró la cánula de traqueotomía.

En estas condiciones permaneció el paciente por un año, pero en febrero 26 de 1947 regresó al Instituto con fenómenos asfíxicos y fue necesario repetir la traqueotomía y dejar nuevamente la cánula.

Durante todo el año 47 y gran parte del 48, no se le presentaron complicaciones, pero a fines del 48 y principios del 49 sus visitas

al Instituto fueron más frecuentes porque se quejaba de frecuentes fenómenos asfíxicos, no obstante que estaba usando una cánula de traqueotomía.

En un principio, se pensó que se trataba de obstrucciones mecánicas, ocasionadas por las mismas secreciones traqueales, las cuales al secarse forman verdaderos tapones que pueden obstruir por completo la cánula; pero cuando pudimos descartar esta posibilidad, tuvimos necesariamente que pensar en que los fenómenos escleromatosos se habían continuado en las paredes de la tráquea dando lugar a una disminución de la luz de ésta.

En julio 9 del 49 con el objeto de comprobar esta sospecha resolvimos practicarle una broncoscopia. Pudimos comprobar que las lesiones escleromatosas habían infiltrado ya las paredes traqueales.

Como el estado del paciente era muy angustioso, y la disnea muy intensa, resolvimos como único remedio introducir una sonda de nelaton calibre 18 por el orificio de traqueotomía, para que al sobrepasar las lesiones colocadas en la parte alta de la tráquea permitiera respirar con alguna facilidad al paciente.

El enfermo fue remitido al doctor Gaitán, para que conceptuara si era posible aún, una nueva dosis de Rayos X sobre el cuello y tórax.

El doctor Gaitán, en vista de que en el examen broncoscópico habíamos comprobado la extensión de las lesiones hasta los bronquios, opinó que era imposible pensar en mejoría con radioterapia.

En vista de la situación tan angustiosa que presentaba el paciente, resolvimos con el doctor Gaitán ensayar el tratamiento con autohemoterapia irradiada.

El 26 de septiembre del 49 se aplicó la primera inyección de sangre, siguiendo la técnica ya mencionada.

Desde este día hasta el 27 de febrero del 50, el paciente estuvo sometido a la aplicación de una inyección semanal.

El 1º de marzo se le practicó el primer examen de control. Pudimos comprobar, una mejoría notable, y muy clara de las lesiones escleromatosas. La mucosa faríngea se encontraba húmeda y elástica; había nuevamente reflejo faríngeo y el paciente no tenía necesidad de usar la sonda de nelaton que hacía de cánula traqueal, para poder respirar.

En junio 17, es decir casi un año después de iniciado el tratamiento, practicamos otro examen de control, del cual anotamos lo siguiente:

“El estado actual del paciente, es satisfactorio. La disnea ha des-

aparecido. La disfonía ha desaparecido casi por completo y el aspecto de las lesiones faríngeas y laríngeas ha cambiado considerablemente.

Hay nuevamente reflejo faríngeo. No se observa ya infiltración sub-mucosa de la faringe ni del vestíbulo laríngeo y la mucosa tiene color rosado y aspecto húmedo". (Fdo. doctor Cleves C.).

En diciembre 27 del 50, vino nuevamente a control y su estado era tan satisfactorio, como en los exámenes anteriores.

Caso cuarto. Paciente M. P. Historia Nº 20.347 del Instituto Nacional de Radium.

Esta paciente, consultó por primera vez, en marzo 22 del 49, por obstrucción nasal bilateral de evolución progresiva.

Al examen de ingreso, el doctor Carrizosa, anotó lo siguiente: Hace seis meses, comenzó a notar la enferma dificultad para respirar por la fosa nasal derecha, y simultáneamente notó la formación de un T. en una fosa, y más tarde en la izquierda; tumores que fueron aumentando de volumen hasta obstruirlas totalmente.

A la inspección, se aprecia un ensanchamiento de la nariz, especialmente de los lóbulos, los cuales como las demás partes cartilaginosas de la nariz, ofrecen una consistencia dura. En ambas fosas nasales se aprecian sendos tumores de color rojizo que llegan hasta los orificios externos y que obstruyen totalmente su luz.

Se practicó biopsia del T. de la fosa nasal izquierda, el cual dio por resultado rinoscleroma. (Examen histológico Nº 49-717. Dr. Méndez).

Con este resultado pasó a radioterapia en donde fue sometida a un tratamiento con Rayos X, hasta completar una dosis de 1.600 rs., la cual terminó en abril 1 del 49.

En buenas condiciones duró la enferma hasta octubre del mismo año, fecha en que regresó con manifestaciones disnéicas.

En vista de esto, resolvimos con el doctor Mario Gaitán someter a la paciente al tratamiento con autohemoterapia, el cual comenzó el 17 de octubre del 49.

Para diciembre ya había terminado el tratamiento por lo cual se le dio de alta y se citó para control en marzo del 50. En esta fecha le practicó un examen de control el doctor O. Archila. Anota el estado satisfactorio de la paciente y la ausencia de lesiones evolutivas. En septiembre del 50 fue practicado el último examen de control, su estado era el mismo del examen anterior; es decir, no se encontraron lesiones en evolución, no había disfonía ni disnea y el estado general de la enferma era muy satisfactorio.

Caso quinto. Paciente J. E. Q. Historia N^o 21.888 del Instituto Nacional de Radium.

Este enfermo de 18 años al ingresar al Instituto de Radium en octubre 20 del 49, presentaba los siguientes síntomas: Disnea de tipo progresivo aparecida hacia cuatro años y acompañada de tos.

Objetivamente no se observaban mayores modificaciones de la mucosa nasal o faríngea, en cambio el examen broncoscópico mostró una gran infiltración de la mucosa traqueal, cuya luz estaba bastante reducida por el proceso escleroso, lo cual explicaba los fenómenos disnéicos. No se observaban lesiones vegetantes ni ulcerosas. Se tomó biopsia de la mucosa, la cual fue remitida al doctor Méndez L., con el diagnóstico de escleroma de la tráquea.

El resultado no fue francamente positivo, ya que el diagnóstico microscópico fue el siguiente: "El material enviado muestra epitelio escamoso estratificado y escasa cantidad de tejido conjuntivo difusamente infiltrado por linfocitos. No hay evidencia de proceso inflamatorio específico. Llama la atención que el epitelio de revestimiento es escamo-estratificado y no cilíndrico. Esto nos hace pensar en metaplasia escamosa".

No obstante la negatividad histológica de la lesión, resolvimos tratar a este paciente como un escleromatoso, porque clínicamente las lesiones correspondían a dicha entidad y porque es muy frecuente que uno o más exámenes histológicos sean negativos por la falta de una toma un poco más profunda o mejor dirigida al centro de las lesiones.

En este paciente, como la radioterapia era imposible por la localización, se resolvió de acuerdo con el doctor M. Gaitán hacer un tratamiento de sangre irradiada únicamente.

Se comenzó el tratamiento el 14 de noviembre del 49, en la misma forma de los casos anteriores, y se continuó hasta el mes de febrero del 50.

En marzo 2 se solicitó un CH el cual no mostró mayores modificaciones. Durante este período de tratamiento, el paciente notó una mejoría apreciable, y por esta razón y en vista de la imposibilidad de otra clase de tratamientos, se resolvió continuar el tratamiento de la autohemoterapia.

En abril 14 se practicó el último examen de control, en el cual no recogimos como dato de mejoría, sino únicamente la impresión que nos dio el paciente, en el sentido de que los fenómenos disnéicos habían mejorado ligeramente.

Continuó el tratamiento hasta el 15 de mayo, día en que fue por última vez al Instituto de Radium.

En junio 3, la familia me informó que había muerto en forma casi repentina, once días después de la última inyección.

La causa de la muerte no se pudo comprobar, pero por los datos que dieron los familiares se puede presumir que fue una uremia.

Caso sexto. Paciente A. O. Historia Nº 22318 del Instituto Nacional de Radium. Edad 29 años.

Esta paciente ingresó por dificultad para respirar a través de la nariz; dificultad que en el momento de ingreso se había convertido en imposibilidad absoluta.

Al examen, se aprecia una deformación del dorso nasal, con gran ensanchamiento de él; y la formación de lesiones tumorales, localizadas en el orificio de ambas fosas nasales, las cuales se encontraban totalmente obstruidas. La consistencia de la piel de la nariz, era mayor que lo normal. El resto del examen de O. R. L. fue negativo.

La biopsia dio por resultado un escleroma típico, con presencia de las células que caracterizan dicha entidad.

En vista de que en los casos anteriores el tratamiento con sangre había dado buenos resultados, se practicó a esta paciente en la misma forma de los casos anteriores; pero resolvimos para apresurar dicha mejoría, hacer una cauterización de las lesiones vegetantes de la nariz, con electrocoagulación.

Desafortunadamente, de la historia de esta paciente no se puede sacar ninguna conclusión, porque la paciente por razones familiares tuvo que regresar a su tierra antes de haber terminado el tratamiento.

Sin embargo en el último examen de control, después de haberle hecho algunas sesiones de electrocoagulación de sus lesiones nasales, la mejoría de la paciente era notoria, porque la piel de la nariz era más blanda y la consistencia de la nariz en general menos dura.

Caso séptimo. Paciente J. P. de M. Historia Nº 22.999 del Instituto Nacional de Radium. Edad 49 años. Fecha de ingreso, marzo 29 del 49.

Esta enferma se quejó primitivamente de disfonía y más tarde de disnea; síntomas que tenían un año de evolución. La lesión clínicamente era de un escleroma; había una infiltración de todo el vestíbulo laríngeo, con acortamiento y ligera inmovilidad de las cuerdas vocales. Al examen broncoscópico, se observaba una infiltración concéntrica, de las paredes de la tráquea con disminución de su calibre.

La biopsia confirmó el diagnóstico clínico de escleroma y la enferma pasó a tratamiento con autohemoterapia.

Inició las primeras aplicaciones en abril 3 del 50. En septiembre 1º el examen de control dio como resultado lo siguiente :

El aspecto de la laringe, muestra una mejoría en el sentido de que ha disminuído la infiltración del vestíbulo, y por lo tanto la hendidura de la glotis, es más ancha. Actualmente, la paciente no presenta fenómenos disnéicos tan acentuados como al principio.

En vista de la mejoría anotada se suspendió el tratamiento con autohemoterapia y se le ordenó a la paciente regresar a control dos meses después.

En este caso como en uno de los anteriores se presentó un desenlace inesperado, pues la enferma falleció en forma repentina más o menos un mes después de haber dejado el Instituto de Radium. La causa de la muerte la ignoramos totalmente.

RESUMEN

Se presentan siete casos de escleroma los cuales previamente habían sido tratados durante varios años por medio del R X o el Radium.

En todos estos enfermos se presentaron recidivas de uno o dos años después de haber sido dados de alta.

Generalmente estas recidivas se presentaron o en el mismo sitio de las lesiones anteriores o sobre las paredes traqueales, dando lugar a intensos fenómenos de disnea.

En vista de la imposibilidad de seguir siendo tratados con R X por las irradiaciones que anteriormente habían recibido y también por el hecho de comprobar la presencia de lesiones escleromatosas de la tráquea y bronquios, resolvimos ensayar el tratamiento con sangre irradiada del mismo paciente.

Los resultados son bastante satisfactorios, pues sin hacer ninguna otra clase de tratamiento se logró, en varios casos, retirar la cánula de traqueotomía o la sonda traqueal sin que se presentaran nuevamente fenómenos de disnea. Asimismo se observó la regresión del reflejo

faringeo, la desaparición de la disfonía y la mucosa faríngea volvió a ser húmeda y blanda.

Quiero dar las gracias a los doctores Octavio Archila, Mario Gaitán y César Mendoza, sin cuya colaboración no hubiéramos podido hacer este trabajo.