

Nuevo tratamiento del Coriza Hipertrófico

Por el Dr. Andrés M. Suárez. Montevideo (R. O. del U.)

A los tratamientos clásicos del coriza hipertrófico, la galvanocauterización o la extirpación con el ansa fría o las tijeras, se añadió hace poco la diatermo-coagulación, habiendo Lemoine (1) ideado su pinza especial de cuatro electrodos que delimitan muy bien entre sí la superficie a destruir (evitando así, hacer es caras óseas) obteniendo con ese método interesantes resultados.

En febrero de 1930, Richier (2) preconiza un nuevo procedimiento que consiste en la retracción permanente por inyecciones esclerosantes, usando después de variadas experiencias y con el mejor de los resultados, el clorhidrato doble de quinina y urea, vale decir, el mismo medicamento ya preconizado por Bensaude y muy usado actualmente en el tratamiento de las hemorroides.

La estructura histológica de la mucosa pituitaria y su analogía anátomo-patológica con la estructura de los cuerpos cavernosos, con sus capas profundas encerrando verdaderos senos vasculares, fueron la base de sus experiencias, de las que obtuvo espléndidos resultados.

Este nuevo tratamiento es indicado por Richier sobre todo en la forma congestiva pura (o vasomotora) de la rinitis hipertrófica, obrando con buenos resulta-

(1) La diathermie en QRL (París, 1927).

(2) Societé Laringologique des Hopitaux (febrero 1930, pág. 624)

dos en las formas parenquimatosas y poliposas que sin embargo y en general, benefician de este procedimiento.

La técnica y el proceder de Richier es sencilla. Dos cosas son para él esenciales: 1º, inyectar unas fosas nasales limpias, y 2º, saber esperar para inyectar el líquido esclerosante, que el cornete esté perfectamente retraído, haciéndolo así el medicamento obra sobre los lagos venosos vacíos o exangües y con sus paredes acoladas. Una semana antes de la intervención hace desinfección de las fosas nasales con insilivaciones con sales de plata, silvol, collargol o protargol.

Anestesia de imbibición. Solución acuosa de clorhidrato de cocaína al 10 % y adrenalina al 1 % en partes iguales, durante 10 minutos. Si la retracción de la mucosa no es perfecta y no es modelada sobre la estructura del cornete, nueva mecha.

El líquido a inyectar es, como dijimos, el clorhidrato doble de quinina y urea al 5 %. Esta mezcla es anestésica por sí misma, no tóxica, bien tolerada siempre y tiene la gran ventaja de no producir embolias.

Richier usa la jeringa de Aubin (forma bayoneta) que no perturba la visión en profundidad y da cinco pinchazos que responden a las regiones en que el tejido eréctil está más hipertrofiado.

Pincha cabeza, parte media y cola del cornete inferior y luego en borde inferior el cornete in-

ferior, un pinchazo en la parte anterior y otro para la parte posterior. La picadura debe ser profunda, hasta el esqueleto óseo, para que el líquido quede en pleno tejido eréctil. Richier inyecta de 1 y₂ a 2 ce. en cada fosa nasal, habiendo notado en algunos enfermos que después de la inyección quedan algo ensordecidos o sienten zumbidos de oído; son causados por la quinina, son fenómenos pasajeros y se desvanecen en pocas horas.

Después de inyectado el cornete aumenta de volumen desde las 24 horas hasta 4 o 5 días, llegando a veces a obstruir la fosa inyectada. En esos casos se pueden dar gotas con adrenalina y cocaína o pulverizaciones con efedrina para descongestionar.

Después de una semana el enfermo respira ya mejor y en 15 días a 3 semanas al máximo la permeabilidad nasal es perfecta, pues el cornete queda reducido a la mitad de su volumen y la mucosa es de color rosado brillante y húmeda.

Richier recomienda inyectar un lado y el otro a los 8 días. En su estadística sólo un 15 % necesitaron una 2^a inyección, pues casi siempre basta una sola.

Nosotros hemos procedido en esta forma: estando las fosas nasales en condiciones, colocamos un algodón humedecido con la mezcla de solución acuosa de clorhidrato de cocaína al 10 % y clorhidrato de adrenalina al 1 %°. La anestesia es casi siempre perfecta a los 5 minutos. *Con un* espéculo de Palmer dilatamos la fosa nasal a inyectar. Usamos una jeringa común de vidrio de 2 ce. y una aguja de 5 centímetros de largo (de las usa-

das corrientemente para inyecciones intramusculares).

Pinchamos la cabeza del cornete inferior y una vez que llegamos al plano óseo empezamos recién entonces a inyectar lentamente, progresando con la aguja hacia el fondo, llegando hasta la parte media del cornete. En este primer recorrido gastamos entre % o 1 ce. de la solución doble al 5 % de clorhidrato de quinina y úrea.

Cambiamos después la aguja intramuscular por otra aguja más larga (de unos 10 cm., de las usadas para punciones lumbares). Pinchamos ahora la parte media del cornete inferior inyectando lentamente y progresando en dirección a la cola del mismo cornete, gastando en esta trayectoria la misma cantidad de inyectable. En la forma que procedemos no es perturbada la visibilidad. Podría también hacerse un solo pinchazo con la **aguja** larga (10 cm.) y según inyectamos hasta la cola del cornete, pero existe el **peligro** de abandonar la vecindad del plano esquelético del cornete e inyectar muy superficialmente el líquido (lo que podría provocar una escara de la mucosa).

La 'misma estructura anatómica de la mucosa de revestimiento del cornete inferior nos demuestra que ella está más desarrollada a nivel de la cabeza y cola del cornete inferior, siendo en su parte media más delgado su espesor. Es ésta una razón de importancia por la que juzgamos conveniente proceder así: la primera inyección penetra con la aguja intramuscular en la cabeza del cornete inferior (lugar donde la mucosa se halla espe-

sada) y termina en la parte media (donde la mucosa es más débil). La segunda inyección (con la aguja de punción lumbar) penetra en la parte 'media del cornete inferior', donde la mucosa se halla casi acolada al plano esquelético y sobre el que deslizamos la aguja que al avanzar va también profundizándose hasta la misma cola del cornete.

Llama la atención que los puntos donde es pinchada la mucosa nasal después de inyectada ésta, sangran en abundancia. Esta hemorragia se cohibe sin embargo rápidamente y fácilmente, bastando un taponamiento durante unos 5 a 10 minutos con una torunda de algodón embebida en solución de clorhidrato de adrenalina al 1 %.

El zumbido de oídos, provocado por la quinina, y que Richier dice haber aparecido en algunos de los casos por él tratados, no ha sido constatado en ninguno de los enfermos sometidos por nosotros a este tratamiento.

La intervención no es nunca dolorosa. Algunos enfermos sienten, sin embargo, fugaces dolores en la región maxilar superior del lado inyectado, dolores que aparecen a las 3 o 4 horas de la inyección, que no son nun-

ca intensos y desaparecen casi siempre dentro de las primeras 24 horas. Otras veces un poco de ardor de garganta o molestias provocadas por algunas gotas del medicamento que pueden caer en riño faringe (siendo el gusto amargo del remedio muy desagradable).

El cornete inyectado en algunos casos (los menos) se pone rojo, tumefacto y como aframbuesado. A los 2 o 3 días está en su período álgido y comienza a ceder hacia el 4º o 5º día en que el enfermo respira ya bastante bien del lado tratado.

Nuestra experiencia pasa en Ja actualidad de más de cien casos-tratados, constanding en todos ellos beneficios con este tratamiento. No podemos hablar de resultados alejados, pues los primeros enfermos fueron tratados en Junio de 1931, pero algunos casos son demostrativos de las ventajas del método. Uno de ellos es el caso de un paciente (padre de un colega) de 55 años de edad, que desde hace 7 años sufría de un coriza hidrorreico con crisis diarias de secreción y estornudos. Cauterizado con gálvano mejoró por 2 o 3 meses y después siguió igual. Con tratamiento de instilaciones nasales

con atropina y neopanearpina por boca se aliviaba bastante. En julio de 1931 se le hace inyección de quinina y úrea del lado izquierdo y mejoró casi enseguida (era el lado que más le molestaba). Al tiempo repetí la inyección del lado derecho y desde entonces ha quedado curado, suprimiendo todo tratamiento. Su mucosa nasal es ahora de color más pálido y la amplitud nasal perfecta, habiendo desaparecido las crisis molestas.

Otro caso interesante es el de un enfermo con una coriza hipertrófica que la inyección mejoró y reapareció el sentido del olfato adormecido hacía unos meses.

Otro caso digno de mención es el de un enfermo con coriza a báscula desde tres años antes y catarro tubo timpánico del lado izquierdo, que con el tratamiento mejoró su coriza y la audición.

Richier asegura que el efecto de las inyecciones es mucho más eficaz y duradero que el de las cauterizaciones y que sólo excepcionalmente los enfermos requieren renovar la inyección primitiva.

En resumen, en nuestra modesta opinión, la intervención en el coriza hipertrófico, por las inyecciones de clorhidrato doble de quinina y úrea al 5 %, la creemos superior a la cauterización ígnea, cuyos resultados son más inconstantes en sus efectos; la acción es menos rápida en la cauterización, teniendo en muchos casos que ser renovada.

El tratamiento por inyecciones no produce sinequias nunca, las

que no son raro ver aparecer en las cauterizaciones ígneas, ya por haber sido tocado involuntariamente un punto del tabique con el cauterio.

La cauterización, aun en 13 casos más favorables, vale decir cuando su resultado es bueno, tiene generalmente un gran inconveniente: el resultado no es durable y vemos con relativa frecuencia que esos mismos enfermos vuelven después de un plazo más o menos largo a presentar los mismos o parecidos síntomas de obstrucción nasal.

Las ventajas de las inyecciones esclerosantes sobre la intervención sangrienta son aun mayores. Son en la actualidad muchos los especialistas contrarios en absoluto a ella por los posibles resultados post-operatorios. En efecto; el peligro de la destrucción esquelética de los cornetes es el de ver sobrevenir después de una intervención de esta naturaleza en el enfermo, ya un coriza atrófico, a veces mismo un ozena, otras un rebelde catarro nasofaríngeo, otras, laringitis a repetición, etc.

En los profesionales de la voz (y sobre todo en los cantantes las intervenciones mutilantes sobre los cornetes son también muy peligrosas, pues pueden ellas modificar el timbre o el tono de la voz al hacer demasiado amplias sus fosas nasales, las que desempeñan un rol importante (el de caja de resonancia) en la fonética.

(Revista Médica Latino Americana).