

Trabajo de la Facultad de Medicina de Barcelona. — Servicio de Terapéutica Física del Prof. V. Carulla Riera

La asociación quirúrgica-radium. Tratamiento de elección del rinofima

por el doctor

Rómulo Campos

Dermatólogo, asistente al Servicio

Es indudable que la hipertrofia elefantíasea de la nariz constituye, casi exclusivamente una lesión simplemente antiestética sin más consecuencias; ya que es muy poco frecuente su transformación maligna; pero es evidente que este crecimiento anormal y grotesco, del apéndice nasal, tan aparente e imposible de disimular, retrae a los enfermos de exhibirse en público, haciéndoles disminuir sus actividades sociales: por otra parte, en los casos muy avanzados, estos enfermos tienen una dificultad respiratoria manifiesta, pues la hipertrofia en su avance lento, pero progresivo, llega hasta casi obstruir las ventanas nasales. Es el conjunto de estos factores, lo que amarga la vida de los enfermos y el que hace que éstos acojan con entusiasmo la idea de su perfeccionamiento estético.

En nuestro servicio hospitalario, hemos tenido ocasión de observar y tratar a un enfermo afecto de rinofima, curioso por lo avanzado de la elefantiasis nasal y, aunque típico en sus aspectos clínico e histológico, creemos puede resultar interesante una breve exposición del mismo comen-

tando a continuación el criterio terapéutico seguido.

Historia clínica. — P. C., de 45 años, comerciante, sin antecedentes dignos de mención, comedor, bebedor y fumador discreto y de costumbres morigeradas. Seborreico desde su juventud, a los 40 años, brotes periódicos de eritrosis facial, con aparición de algunas pápulas y pústulas en la misma topografía; desde hace cinco años empezó a notar la iniciación de su deformación nasal, que lenta, pero progresivamente, la conduce a su estado actual.

El año 1933 ingresa en nuestro servicio hospitalario: presentando una deformación hipertrofica de la nariz, de coloración rojo-violácea, surcada por alguna dilatación vascular bien aparente, de aspecto mamelonado, desigual, asimétrico y de localización preferente en el lóbulo de la nariz, hipertrofia que invade asimismo las alas y el tabique y que casi obstruye las ventanas nasales, dificultando la respiración. Al tacto es blanda y fría. Los folículos pilosebáceos se encuentran todos ellos enormemente dilatados hasta el punto que en algunos de ellos puede introducirse la punta de un estilete a una profundidad de un centímetro, otros por presión dejan salir con facilidad gran cantidad de sebo y pus: en algunos se nota la presencia de gruesos comedones, ennegrecidos en su polo externo

y cuya salida mediante la presión resulta difícil.

En la piel de las regiones vecinas a la nariz se aprecia una coloración rojo-violeta, más pálida, sin límites precisos, difuminada y desbordándose sobre las mejillas y sembrada de algunas pápulo-pústulas, que recuerdan su antigua cuperosis (figs. 1 y 2).

Clinicamente el conjunto objetivo de estas lesiones y su evolución permiten el diagnóstico de Rinofima, en una de sus dos variedades: el acné hipertrofico de Vidal y Leloir, o variedad glandular, o de Rinofima, propiamente dicho, o variedad elefantiasica.

Macroscópicamente la evolución y aspecto clínico de uno u otra son casi idénticos, diferenciándose únicamente en la coloración de las regiones afectas, pues mientras en el acné hipertrofico de Vidal y Leloir el color de la piel es el normal, en el Rinofima es rojo-violáceo y su superficie está surcada de talangiectasias vasculares bien aparentes.

En cambio, microscópicamente, la diferencia es evidente, pues en el primero predomina únicamente la hipertrofia glandular y en el segundo domina la hiperplasia del tejido conjuntivo intersticial, con esclerosis, como sucede en nuestro caso y cuyo detalle histológico vamos a describir.

Microscópicamente se aprecia una atrofia del cuerpo mucoso de Malpighio, edema subepidérmico ligero, pero que profundiza más o menos según los campos, edema que desaparece en las partes profundas, donde es substituído por tejido escleroso. Por debajo del cuerpo mucoso de Malpighio y principalmente alrededor de los folículos pilo-sebáceos existe un infiltrado confluyente, formado por células redondas, con predominio de células plasmáticas; dicho infiltrado se extiende de una manera difusa por toda la preparación, agrupándose, sin embargo, preferentemente alrededor de los vasos, diseminadas y sin orden alguno, se distinguen algunas células cebadas de Ehrlich. Los vasos están dilatados y algunos de ellos presentan lesiones de mesoarteritis.

Lo que destaca más de la preparación es la enorme hipertrofia de las glándulas sebáceas, con dilatación en embudo de su conducto eceptor, contrastando con la disminución numérica de ellas, ya que en una región tan rica en glándulas sebáceas como es la piel de la nariz, encontramos únicamente dos o tres en cada campo.

En el dermis superficial, irregularmente dis-

tribuidas se distinguen células pigmentadas, que por no haber hecho ninguna coloración específica, no podemos saber si se trata de pigmento melánico o hemosidérico.

Tratamiento.—En nuestro caso hemos seguido un criterio terapéutico mixto, primero quirúrgico, luego radioactivo, que vamos a exponer rápidamente y que luego comentaremos.

Bajo anestesia local por infiltración, procedimos a la resección de todos los tejidos hipertrofiados, lo más profundamente posible, pero teniendo cuidado de no lesionar o perforar el cartilago nasal, que estaba muy adelgazado; la resección tuvimos que practicarla con bisturí muy afilado, pues los tejidos, al parecer blandos, eran resistentes y crujían al corte (tejido escleroso); de esta forma tallamos y regularizamos la nueva nariz, poniendo especial cuidado en que ésta resultase simétrica.

En toda la superficie cruenta se apreciaban claramente círculos epidermo-dérmicos, que no eran otra cosa que los conductos y glándulas sebáceas hipertrofiadas, seccionadas perpendicularmente; para terminar hicimos hemostasia con el termo al rojo sombra. Ultimamente pusimos un apósito aséptico engrasado, que renovamos cada dos o tres días.

El curso de la cicatrización fué muy rápido, ya que por obrar las boquillas glandulares, como injertos, la cicatrización completa de una superficie cruenta de unos 20 c. c. tuvo lugar en 14 días (fig. 3 y 4). Obtenida la cicatrización total, con la que ya se apreciaba una gran mejoría estética, sin la menor cicatriz, procedimos a la irradiación con rádium, con pasta de columbia de 7,5 mm. de grueso, con la que fabricamos un molde lo más ajustado posible a la nariz, protegiendo los ojos de la irradiación, con dos placas de plomo de 3 mm., engastadas en la cara interna de la pasta, que dobladas hacia delante formaban dos viseras, montando los tubos de rádium en la disposición que indican las figuras 10 y 11, y que era la siguiente: dos hileras paralelas de cuatro tubos, separados unos de otros 1,5 cm. una a cada lado de la nariz. La distancia entre una y otra hilera era de dos cms., con objeto de evitar el cruzamiento de las radiaciones, y otro tubo colocado en la parte media e inferior de la nariz, con el que aseguramos la irradiación del tabique. El ligero eritema conseguido con esta distribución de focos fué uniforme en toda el área irradiada, lo que demuestra la acertada disposición de los tubos.

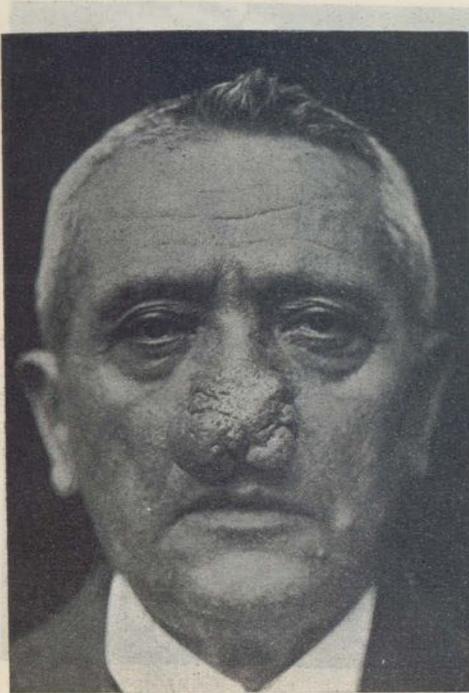


Figura 1

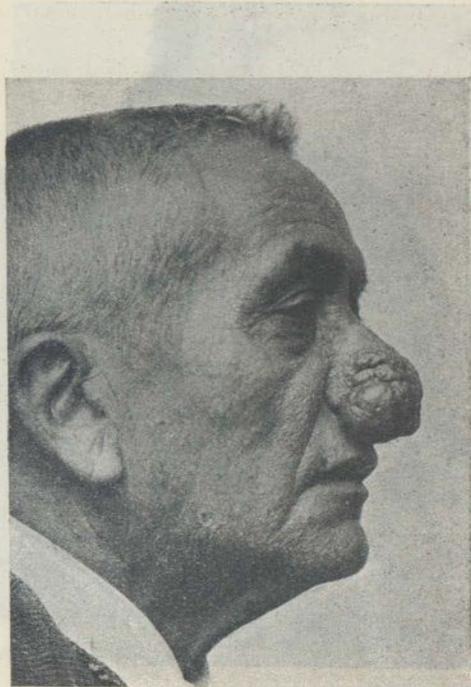


Figura 2

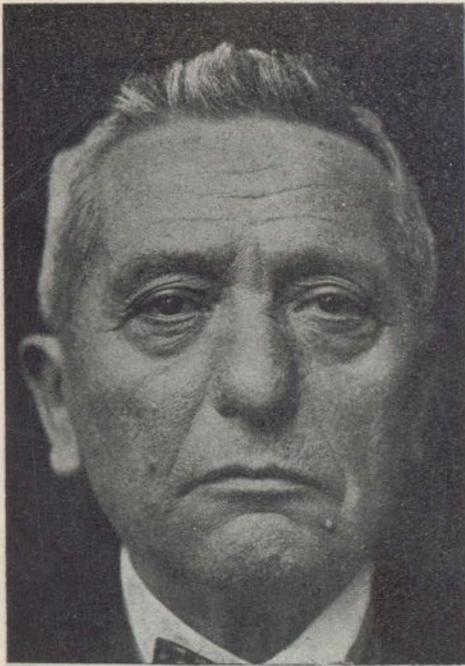


Figura 3



Figura 4



Figura 5: Hipertrofia enorme de una glándula sebácea, infiltrado dérmico, de preferencia periglandular, mucho más denso alrededor de su conducto escretor, a la izquierda edema subdérmico, a la derecha esclerosis.

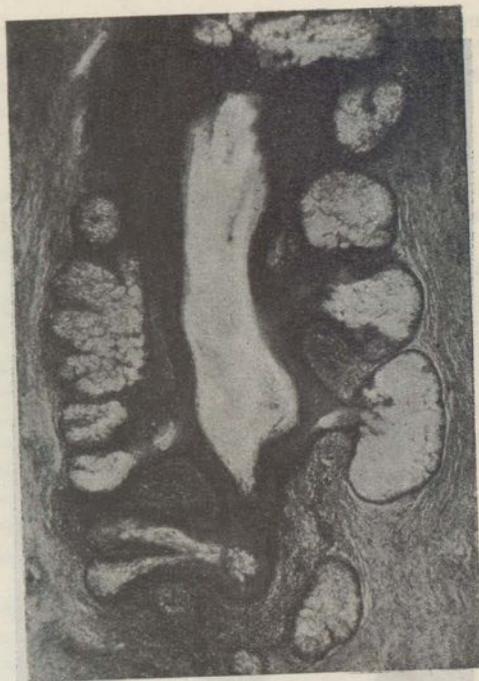


Figura 6: Acúmulo de glándulas sebáceas; conducto escretor dilatado; infiltrado periglandular; arriba y abajo, tejido escleroso.



Figura 7: Dilatación vascular, infiltrado denso perivascular, esclerosis dérmica.



Figura 8: Atrofia del cuerpo mucoso, hipertrofia glandular, infiltrado alrededor de su conducto escretor dilatado, a la izquierda en el dermis superficial, células pigmentadas dispuestas en hilera.



Figura 9: Células cebadas de Ehrlich.

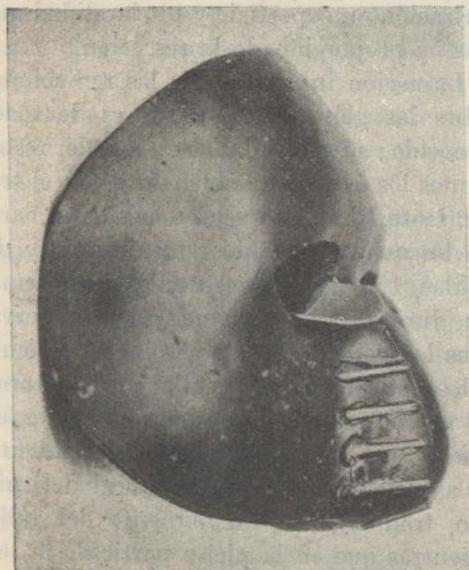


Figura 10: Perfil del molde de pasta de Columbia, disposición lateral e inferior de los tubos de rádium.

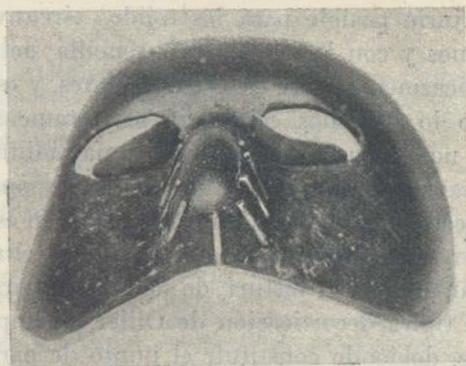


Figura 11: Molde y tubos de rádium vistos de frente.

Características de la irradiación.—Número de tubos: 9, de 5 milímetros de Ra El. Superficie irradiada, 24 centímetros. Dosis por centímetro, 0,80 m. l. d. Dosis total, 27 m. l. d. Dosis horaria, 0,3379 m. l. d. Tiempo total de la aplicación, 81 horas.

De esta dosis global administramos un 33 % cada quince días, tres veces.

Comentario terapéutico. — Dejaremos aparte el tratamiento de las formas de comienzo (cuperosis, rosáceas...) por no ser objeto de este trabajo y cuyo tratamiento tópico o radiactivo adecuado, constituye la mejor profilaxis de las formas hipertróficas. Tampoco nos ocuparemos del tratamiento del acné hipertrófico de Vidal y Leloir, variedad hipertrófica, simplemente glandular y en la que con la nieve carbónica o el rádiom hábilmente manejados, se pueden obtener excelentes resultados para pasar a comentar nuestro punto de vista terapéutico en cuanto al rinofima propiamente se refiere.

Según expusimos más adelante, las lesiones anatomopatológicas del rinofima, podrían resumirse diciendo que están constituidas por hipertrofia glandular, esclerosis dérmica, hiperplasia vascular e infiltrado no específico; por lo tanto, es indudable que la terapéutica a seguir será la que de una manera más específica, con la menor injuria posible para los tejidos circunvecinos y con la técnica más sencilla, actúe eficazmente sobre estos tres factores, y esto no lo podemos conseguir perfectamente, si no es con la asociación, cirugía-rádiom: veamos el tanto por ciento que corresponde a cada uno de ellos. En principio, y en esto sí que no debe haber la menor duda, el rebanado con el bisturí, de todo lo tumoral, la típica decorticación de Ollier, se impone, debiendo constituir el punto de partida, y no creemos se obtengan mejores resultados estéticos con ninguna de las mo-

dificaciones aconsejadas y publicadas estos últimos tiempos, como la práctica de injertos que activen la cicatrización, completamente innecesario, puesto que ya existen (boquillas glandulares seccionadas), ni la resección tumoral por debajo de dos colgajos adyacentes practicados en la piel, que, saturado, permiten la cicatrización per-primam, aconsejada por otros; constituyen variaciones que, aparte de no ofrecer ninguna ventaja, tampoco acortan el período de cicatrización clásica de Ollier y si queremos evitar las recidivas, por cierto raras, mejorando el fondo seboreico, angiomatoso y congestivo, y, sobre todo, si queremos mejorar los resultados estéticos; pues ya dijimos al principio de este trabajo que esta afección tenía una importancia puramente estética, debemos practicar un tratamiento radioactivo: el bisturí se ha llevado únicamente lo tumoral, en el tejido cicatricial, continúan las mismas lesiones anatomopatológicas, que pueden ser favorablemente influenciadas por un tratamiento físico, máxime después de la regularización en superficie y profundidad que nos ha proporcionado la resección.

La acción inhibidora de las radiaciones sobre las glándulas sebáceas es de todos conocida; su sensibilidad es grande, recordemos los éxitos que obtenemos con el tratamiento Röntgen en los acnés de la cara, en los que, por emplear técnicas muy diluídas, 150 r. y menos una vez por semana, durante 6 u 8 semanas nunca observamos la acción inhibidora sobre el folículo piloso en forma de depilación temporal, y, al contrario, en algunas ocasiones en que es necesario prolongar el tratamiento, se aprecia un estímulo temporal del mismo, traducido en un aumento del vello, mientras que en la piel a partir de la tercera o cuarta semana de comenzado el tratamiento, siempre aparece más seca, prue-

ba de que las radiaciones, aun a dosis muy débiles, inhiben la función secretoria de las glándulas sebáceas; si las dosis de Röntgen son más prolongadas o más intensas, la atrofia glandular permanente es un hecho.

La acción esclerosante de las radiaciones sobre la red vascular es un hecho comprobado y diariamente observamos sus efectos en el tratamiento de los angiomas: pequeñas dosis, un tercio de la dosis epidermitis (rádium), cada tres semanas; repetidas tres o cuatro veces, corrientemente es suficiente para esclerosar y borrar un angioma tuberoso.

Sobre el tejido conectivo, las radiaciones resultan activas a dosis normales e incluso pequeñas, influyendo favorablemente sobre el tejido escleroso, por el solo hecho de su hiperplasia, como sucede en nuestro caso, y a las dosis empleadas por nosotros, no pueden producir ninguna esclerosis secundaria molesta, porque para producirse ésta, hacen falta dosis radioactivas o suficientes para que haya destrucción de tejidos y que se produzca una renovación que sustituya los tejidos destruidos de la misma forma que si, mediante un cáustico, provocamos una destrucción tisular, el proceso de reparación provocará una esclerosis.

El conjunto de todos estos hechos biológicos, que nosotros hemos expuesto es lo que demuestra que la combinación quirúrgica-radioactiva, constituye en el momento actual el tratamiento de elección del rinofima, y así lo vemos preconizado por la mayoría de autores, si bien son partidarios de la radioterapia; y nosotros hemos dado todas nuestras preferencias al rádium, por las razones siguientes:

1. Porque con el rádium podemos obtener una irradiación perfectamente uniforme y perpendicular a las tres caras:

dos laterales y una inferior que, reunidas, forman la nariz.

2. Porque podemos obtener un límite superficial de irradiación muy exacto, que nos permite esclerosar la red vascular y glandular, y con toda seguridad respetar los cartílagos nasales adelgazados y casi puestos al descubierto por la resección preparadora.

3. Porque nos permite mejorar las posibles reacciones conjuntivas de los tejidos que podrían perturbar la estética.

4. Porque la radiación rádium actúa mucho mejor que los rayos X sobre el fondo angiomaso vascular, siendo para nosotros más específica, aunque ninguna razón biológica lo explica.

RESUM

Preconitza l'autor la utilització de l'associació quirúrgica-ràdium com a tractament d'elecció del rinofima per les següents raons:

1. *Per la perfecta irradiació que s'obté amb el ràdium: uniforme i perpendicular a les 3 cares del nas.*
2. *Perquè amb ell s'obté un límit superficial d'irradiació molt exacte, que esclerosant vasos i glàndules respecte els cartílags nasals.*
3. *Perquè millora les condicions de la reacció conjuntiva, que podria perturbar l'estètica.*
4. *Per l'actuació més eficaç del ràdium que els raigs X sobre la base angiomasosa vascular.*

RESUME

L'auteur préconise l'emploi d'un traitement combiné de chirurgie et de radium comme traitement électif du rhinophyme pour les raisons suivantes:

1. *A cause de l'irradiation complète obtenue par le radium donnant un effet uniforme et perpendiculaire sur les trois faces du nez.*
2. *Parcequ'on y obtient un limite superficial très exact de l'irradiation produisant la sclérose des vaisseaux et des glandes sans altération des cartilages du nez.*
3. *A cause de l'amélioration des conditions de la réaction conjonctivale qui pourraient produire un effet gênant en vue de l'esthétique.*
4. *Parceque l'efficacité du radium sur un fonds d'angiome vasculaire est plus grande que celle des rayons X,*

SUMMARY

The author recommends strongly the use of a combination of surgery and radium as an elective treatment of rhinophym for the following reasons:

1. On account of the perfect irradiation resulting from radium which takes an uniform and perpendicular effect upon the three faces of the nose.
2. Because by this treatment results a very exact superficial limit of irradiation which produces scleroma of vessels and glands respecting the cartilage of the nose.
3. Because it ameliorates the conditions of the conjunctival reaction which might be of an aesthetical inconvenience. ?
4. Because the efficiency of radium on the vascular system is superior to that of X rays.

RIASSUNTO

L'autore raccomanda la utilità della associazione "Radio-chirurgica" per la cura selettiva del rinofima per la seguenti ragioni:

1. Irradiazione perfetta che si ottiene con il Radium, uniforme e perpendicolare alle tre facce del naso.
2. Perchè in questa maniera si ottiene un limite superficiale di irradiazione molto esatto

que esclerosa vasi e glandole rispetto alle cartilagini nasali.

3. Perchè migliora le condizioni della reazione congiuntiva che potevano sfermare la estetica.

4. Per la attuazione più efficace del radium che i Raggi X sulla base angiomatosa vascolare.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser empfiehlt wärmstens die Anwendung der kombinierten chirurgischen und Radium-Beahndlung als Therapie der Wahl in Fällen von Rhinophym und zwar aus folgenden Gründen:

1. Wegen der vollkommenen Bestrahlung, welche man mit Radium erhält, wobei die drei Nasenflächen gleichmässig und senkrecht erfasst werden.
2. Weil man damit eine sehr genaue Oberflächen-grenze der Bestrahlung erhält, wodurch die Gefässe und Drüsen in Beziehung zu den Nasenknorpeln verödet werden.
3. Weils die Bedingungen der Conjunctivalreaction verbessert werden, welche in aesthetischer Hinsicht störend wirken könnten.
4. Wegen der die Röntgenstrahlen übertreffenden Wirksamkeit des Radiums auf dem Wege über eine Einwirkung auf das Gefässsystem.

URICOSAN

PODEROSO ELIMINADOR EN LOS ESTADOS URICÉMICOS. (Artritis, Gota, Litiasis úrico, Reumatismo articular y crónico, Ciática, Neuralgias, Dermatitis y todas las manifestaciones úricas).

INYECTABLE por vía endovenosa e intramuscular.
GRANULADO efervescente aromatizado.

Ninguna contraindicación ni incompatibilidad con ningún régimen alimenticio o terapéutico. Tolerancia absoluta e ilimitada.

Asociación del fenilquinoleincarbonato y el salicilato sódico en suero glucosado para los inyectables, y de aquel a la hexametileno-
 framina y al fosfato y citrato sódico en el granulado.

LABORATORIO HERRERA - Ayala, 94 - MADRID

Muestras para aquellos médicos que las soliciten.

JOSÉ M.^a RIBÓ - Llansá, 23 - Teléfono 34229 - BARCELONA

BACILINA-BÚLGARA "González Suárez"

Fermento láctico «Gotas»



INDICACIONES

Modificación de la flora intestinal. Fermentaciones y putrefacciones intestinales. Gastro-enteritis. Enteritis crónica y mucomembranosa. Infecciones. Cirrosis hepática. Dermatitis. Dentición. Desele. Diarrea verde infantil.

El primer Fermento láctico líquido, vivo y puro preparado en España.

El único que limita la duración de su actividad a tres meses.

Garantizan su eficacia terapéutica los numerosos juicios favorables de la clase médica que obran en nuestro poder, entre los cuales figuran los de los Profs. Dres. Turró, Augusto Pí y Suñer, I. Barraquer, Martínez Vargas, G. Vidal Jordana, Roig y Raventós, Ferrer y Piera, etc.

DOSIS: 30 gotas tres veces al día con cualquier tisana, con o sin azúcar y a cualquier hora

Muestras y Literatura: P. SANSÓ

LABORATORIO GONZÁLEZ - Muntaner, 261 - Teléfono 74689 - Barcelona

LABORATORIOS DEL Dr. M. LEPRINCE, 62, R. de la Tour, PARIS (France)

TODAS LAS
AFECCIONES
DE LAS VIAS
URINARIAS

EUMICTINE

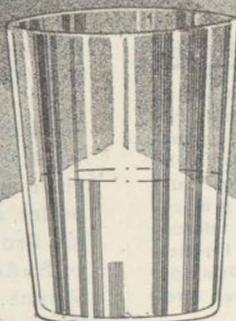
8 a 10
cápsulas
al día

SALOL — SANTALOL
HEXAMETILENOTETRAMINA

Agente General para España: J. GRAU, Aribau 76 - BARCELONA

FLUIDKALCIUM

OLIVER RODÉS



**CALCIO
FOSFATADO**

SOLUBLE

INALTERABLE

Experiencias biológicas y comprobaciones clínicas demuestran la asimilación del Calcio en el organismo y en todos los casos que precise una recalcificación rápida. - No presenta contra-indicaciones.

INDICACIONES: Escrofulismo, Raquitismo. En las enfermedades óseas. En el embarazo y lactancia.

USO: Adultos: Dos cucharadas, con agua, en las tres comidas. Niños: Dos cucharadas o tres, según edad.

Laboratorios del Dr. OLIVER Y RODÉS - Consejo de ciento, 304 y 306 - Barcelona