

Caso clínico

Asociación entre linfoma de la línea media y rinoescleroma: comunicación de un caso

María del Carmen Alonso Moreno,* Eduardo Desentis Vargas**

Resumen

Se comunica el caso de una paciente de 56 años de edad con antecedentes de rinorrea purulenta, fétida y costras, con diagnóstico histopatológico de rinoescleroma. Recibió tratamiento según antibiograma durante seis meses, con curación clínica y bacteriológica a los 11 meses. Padeció de nuevo rinorrea purulenta, cefalea intensa, necrosis en el dorso nasal y pérdida de peso. Una nueva biopsia reportó linfoma no Hodgkin de células grandes. No se había reportado la asociación entre enfermedades linfoproliferativas y rinoescleroma. La estimulación crónica del tejido linfoide asociado con mucosas y la alteración de la inmunidad celular en el rinoescleroma sugieren realizar biopsias seriadas para confirmar curación bacteriológica y descartar neoplasias.

Palabras clave:

rinoescleroma, linfoma no Hodgkin de células grandes

Abstract

The case of a female 56-year-old patient is reported; she had antecedents of purulent and fetid rhinorrhea and scabs, with histopathological diagnosis of rhinoscleroma. Patient was given treatment according to antibiogram during six months, with clinical and bacteriological cure at 11 months. She had again purulent rhinorrhea, intense headache, necrosis in the nasal dorsum and weight loss. A new biopsy reported large cells Hodgkin lymphoma. The association between lymphoproliferative diseases and rhinoscleroma had not been reported. Chronic stimulation of lymphoid tissue associated to mucosa and cell immunity disorder in the rhinoscleroma suggest to do serial biopsies to confirm bacteriological cure and to discard neoplasms.

Key words:

rhinoscleroma, large cells Hodgkin lymphoma.

Comunicación del caso

Se trata de una paciente de 56 años, originaria del DF, empleada de una tintorería. Sin antecedentes familiares o personales patológicos relevantes, sin toxicomanías o exposición a agentes ambientales identificados como oncógenos.

Inició tres años antes con obstrucción nasal bilateral, hipoosmia, rinorrea purulenta, con abundantes costras, plenitud facial y cefalea frontal opresiva (figuras 1 y 2).

Se le diagnosticó rinoescleroma mediante biopsia de mucosa nasal (figura 3) y se le indicó tratamiento específico durante seis meses según antibiograma, con lo que remitieron los síntomas por completo durante 11 meses posteriores al término del tratamiento.

Volvieron la obstrucción nasal progresiva, la rinorrea y el dolor centrofacial intenso, que evolucionaron durante tres meses sin que solicitara atención. Sufrió pérdida ponderal de

* Residente de cuarto año.

** Médico adscrito.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia: Dra. María del Carmen Alonso Moreno. Calle Waldo Martín del Campo 69, departamento 12, colonia Moctezuma, 1^a sección, CP 15500, México, DF. Correo electrónico: avefenixmcam@hotmail.com
Recibido: septiembre, 2009. Aceptado: octubre, 2009.

Este artículo debe citarse como: Alonso-Moreno MC, Desentis-Vargas E. Asociación entre linfoma de la línea media y rinoescleroma: comunicación de un caso. An Orl Mex 2010;55(1):26-30.



Figura 1. Tomografía simple de senos paranasales, corte coronal. Integridad en el tabique nasal y sinusitis frontal.

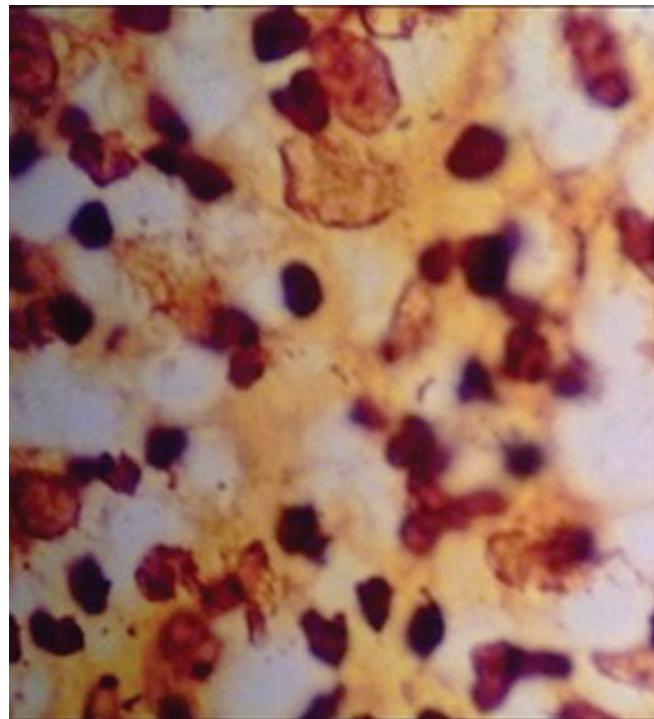


Figura 3. Biopsia de la mucosa nasal. Tinción de Warthin-Starry (100x).

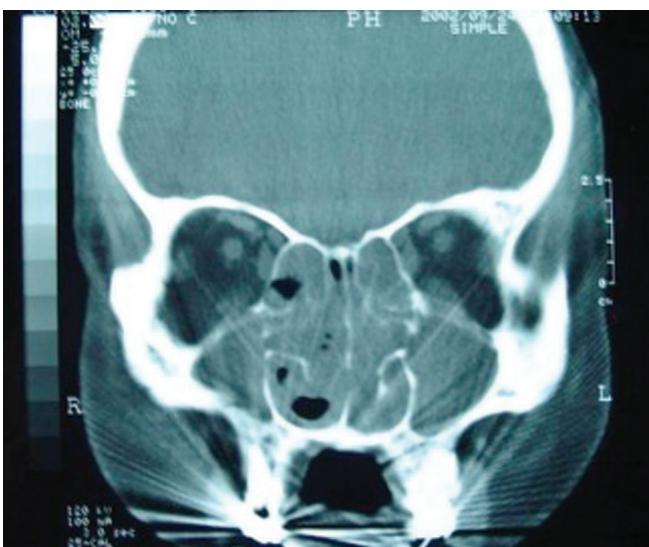


Figura 2. Tomografía simple de senos paranasales, corte coronal. Integridad de las paredes de las cavidades. Sinusitis etmiodamaxilar bilateral.

una talla en el último mes. Quince días previos a su ingreso tenía coloración violácea de bordes irregulares en el dorso nasal, dolorosa, de 15 mm de diámetro que fistulizó espontáneamente y drenó material purulento (figuras 4 a 6).

Se acompañó de edema facial generalizado, blanco, indoloro y fiebre de 38 °C vespertina, que remitió con tratamiento antibiótico.

Exploración física

Nariz: la pirámide con el dorso hundido, crepitante, doloroso a la palpación, con una mancha violácea de 15 mm de diámetro; había un orificio en el lado izquierdo de 2 mm de



Figura 4. Tomografía de senos paranasales simple.

diámetro, por el que drenaba material purulento. El tabique tenía abundantes costras necróticas y perforación de 2 x 3 cm. Mucosa hiperémica de apariencia granulomatosa a la que se tomó biopsia. Los cornetes eran de apariencia necrótica con costras, abundante secreción purulenta. Endoscopia nasal: engrosamiento posterior del tabique y piso nasal bilateral, las paredes mediales de ambos senos maxilares estaban necróticas. De los cornetes medios sólo quedaban restos. Rinoscopia



Figura 5. Tomografía de senos paranasales simple, corte coronal.

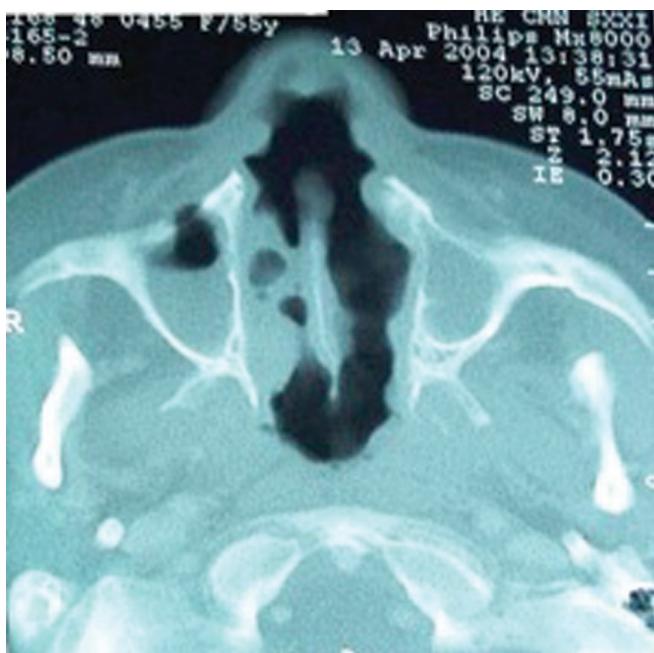


Figura 6. Tomografía de senos paranasales simple, corte axial.

posterior: la nasofaringe libre de patología. Las coanas con disminución del calibre por engrosamiento simétrico y homogéneo de la mucosa.

Boca: Anodoncia. El paladar sin alteraciones. Las amígdalas sin alteraciones, descarga retror nasal purulenta. Endoscopia flexible: la nasofaringe libre de patología, la faringe y la laringe sin alteraciones.

Cuello: los tegumentos adelgazados, sin adenopatías.

Laboratorio

Hemoglobina 11.5 g/dL, hematocrito 37.5%, CMHC 30.7 (31.8-35.4) g/dL, leucocitos 5,700, VSG 18 (0-12 mg/dL), IgA 779 (70-400 mg/dL), antiestreptolisinas 250 (0-200 UI/mL), fosfatasa alcalina 138 (129-140 UI/L), GGT 50 (7-49), VIH negativo.

La biopsia de la mucosa septal y de los cornetes inferiores y medios bilaterales indicó linfoma no Hodgkin de células grandes (figuras 7 y 8).

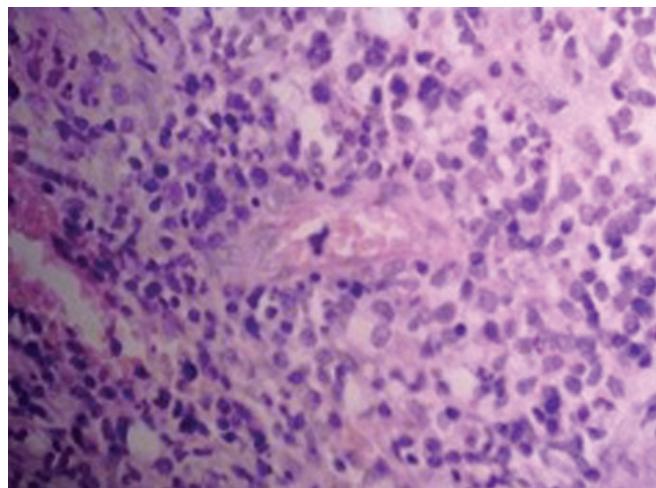


Figura 7. Biopsia de mucosa nasal. Tinción de H y E (40x).

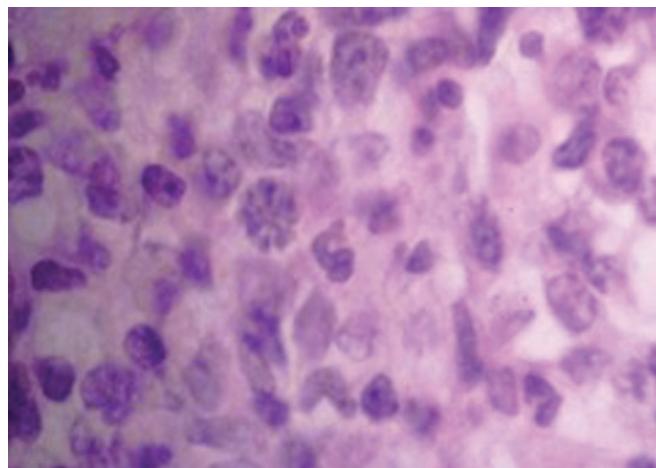


Figura 8. Biopsia de mucosa nasal. Tinción de H y E (100x) inmersión.

Tratamiento

Recibió 14 ciclos de quimioterapia en el Hospital de Oncología, con remisión de la neoplasia y revisión semestral. Actualmente usa prótesis nasal de acrílico y está programada para cirugía reconstructiva 18 meses después de terminada la radioterapia (figuras 9 a 12). Biopsias seriadas de mucosa nasal negativas para *K. rhinoscleromatis*.



Figura 9. Lesión en el dorso nasal después de la quimioterapia.



Figura 10. Prótesis de acrílico para el dorso nasal.



Figura 11. Vista lateral de la lesión.

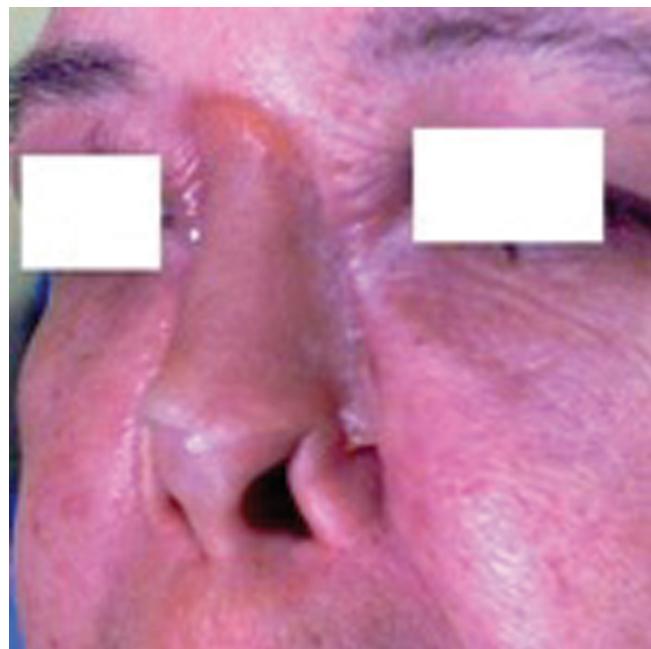


Figura 12. Vista lateral de la prótesis de acrílico.

Discusión

Debe considerarse la toma de biopsias seriadas y secuenciales para el seguimiento de la infección por *K. rhinoscleromatis*, ya que con frecuencia los cultivos de secreción son negativos al tratarse de un microorganismo intracelular obligado, que sólo puede aparecer en la fase secretora del padecimiento.

No hay reportes sobre la asociación de enfermedades linfoproliferativas y rinoescleroma; como se menciona en la bibliografía, sólo se ha reportado la aparición de carcinoma epidermoide en un caso. Tal vez la estimulación crónica del tejido linfoide asociado con las mucosas por

el microorganismo, cuyos mucopolisacáridos capsulares probablemente inhiben la fagocitosis, además de la alteración en la inmunidad celular característica de esta enfermedad (proporción alterada de linfocitos CD4/CD8 con disminución de linfocitos CD4, que indique la supresión de la actividad de las células T), puede tener participación en la génesis de la neoplasia, lo cual abre posibles líneas de investigación.

Bibliografía

1. Bailey BJ, editor. Head and neck surgery –otolaryngology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001, vol. 1 y 2.
2. Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, et al, editors. Cummings otolaryngology: head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1993.
3. Al Jhdali H, Bamefleh H, Memish Z, Al-Zuwayed M, Al Othman A. Upper airway obstruction due to rhinoscleroma: case report. *J Chemother* 2001;13(Suppl. 1):69-72.
4. Ammar ME, Rosen A. Rhinoscleroma mimicking nasal polyposis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110(3):290-292.
5. Issing WJ, Bodlaj R. [Rhinoscleroma: a case report]. *Laryngorhinootologie* 1999;78(4):200-203.
6. Escalera CL, Torres JS. [Rhinoscleroma: bibliographic review]. *ADM* 1975;32(4):29-32.
7. Shum TK, Whitaker CW, Meyer PR. Clinical update on rhinoscleroma. *Laryngoscope* 1982;92(10 Pt. 1):1149-1153.
8. Sedano HO, Carlos R, Koutlas IG. Respiratory scleroma: a clinicopathologic and ultrastructural study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;81(6):665-671.