

Las secuelas del noma y los aspectos terapéuticos que plantean

por

M. ROYO MONTAÑÉS

*Servicio de Medicina e Higiene Infantil. Clínica Pediátrica.
Tetuán (Marruecos). Director: M. Royo Montañés.*

Dos nuevos casos de noma, asistidos en régimen de hospitalización en los últimos meses, nos inducen a ampliar nuestro trabajo sobre "Noma y penicilina".

La medicación penicilínica ha hecho cambiar radicalmente, ante varios procesos infecciosos, la conceptuación clínica que otrora, albergara, la mente del médico. Lo que ayer, y no un ayes muy lejano, era problema punto menos que insoluble, hoy se nos presenta con claridad meridiana. En contraste con el ánimo ensombrecido del médico ante la seguridad de su impotencia, asiste hoy el clínico, ante los mismos hechos de ayer, con todo el optimismo que infunde la seguridad del resultado satisfactorio.

Sin embargo, ante el noma, al cambiar en tal sentido la situación, se nos suscitan nuevos problemas, y problemas en sí muy arduos, que hacen que el horizonte visual de quien se enfrenta con ellos no sea todo lo despejado que pudiéramos desear: salvamos la vida del enfermo, pero tras esa victoria nos encontramos con un mutilado, cuya recuperación nos sea imposible, con la imposibilidad relativa, se sobreentiende que tal concepto entraña para la Medicina: la de un problema al que hay que buscarle solución, que de momeno no se le ve, pero que la tiene.

El primero de los casos se nos ofrece con las siguientes características:

Historia número 2.464.—H. B. A., niño musulmán, ocho años. Cuando se nos presenta para su hospitalización, hace ya

diez días que se había iniciado su proceso gangrenoso, y, en régimen ambulatorio, había sido tratado con penicilina en cantidad que no podemos precisar. Esta medicación había surtido ya, cuando el enfermo llega a nosotros, todo el efecto que cabía esperar de la misma: había limitado la zona gangrenada y vencido la sepsis que no dudamos hubiera matado al enfermo; tal es la extensión del daño que apreciamos. El estado general aparece profundamente alterado, semicomatoso. La gangrena ha destruido la mitad izquierda del labio superior, el tercio inferior del ala de la nariz y gran parte de la mejilla del mismo lado. Toda esta región se nos ofrece rellena por tejidos esfacelados, intensamente saniosos, que no reclamaban más que la denudación mecánica. En la región retromaxilar de este mismo lado existe una amplia colección purulenta que comunica con la boca. En el labio inferior, junto a la línea paramediana derecha, y a un centímetro por debajo de la mucosa, hay un orificio, del tamaño de una moneda de céntimo, que perfora en su totalidad el labio. El maxilar superior se nos presenta, una vez suprimidos los tejidos esfacelados, denudado de periostio y con aspecto de hueso necrosado.

Junto a estas lesiones, el estado de inedia y de postración del enfermo son tan pronunciados que no permite el realizar las observaciones complementarias que sistemáticamente se llevan a cabo al ingreso de cada niño. La primera pesada se efectúa a los cuarenta días de hospitalizado y alcanza a 15,350 kilogramos. Talla, 1,15 m., P. C., 50 centímetros, P. T., 60 centímetros, P. A., 60 cm. La piel está seca y queratinizada. Los tonos cardiacos algo apagados, y en el foco pulmonar, refuerzo del segundo ruido. Auscultación pulmonar, negativa. Vientre deprimido, pero blando; no bazo; hígado, dos traveses.

La temperatura de los tres primeros días, durante los cuales se le inyectaron 300.000 unidades de penicilina, sólo acusaba pequeños ascensos, hasta 37,3°; en los días sucesivos, la fiebre se hizo más acusada, siendo así que las manifestaciones gangrenosas estaban limitadas por completo, se había realizado la limpieza de los tejidos esfacelados e incluso el absceso retromaxilar se había vaciado. Un análisis de sangre nos

aclara el origen de aquellas temperaturas al acusarnos la presencia de "abundantes montones de *P. falciparum*", y junto a ello, el resto del dictamen nos ofrece: hematíes, 2.260.000; hemoglobina, 23 por 100; leucacitos, 5.300; metamielocitos, 2; bastonados, 18; segmentados, 36; monocitos, 8. Serie roja, hipocrómica, con anisocitosis sin marcada tendencia macro o microcítica.

Se le somete a tratamiento con 0,75 gramos diarios de quinina (parantral) y un comprimido de Atepé, fraccionado en dos tomas.

Unido todo ello a una medicación pródiga en vitaminas y a esfuerzos inauditos para lograr su alimentación por vía oral, va mejorando el estado general, sin que se pueda conseguir, no obstante, que el enfermo pueda mantenerse de pie hasta el cuarenta día. Entre tanto, hubo de atenderse también a manifestaciones hemorrágicas aparecidas en la fase terminal del tratamiento antipalúdico en forma de grandes equímosis localizadas en el cuello y regiones glúteas, las que respondieron satisfactoriamente en el plazo de quince días con 7 mgr. diarios de vitamina K.

Pero lo que da realce a este enfermo que habría de llegar a reponerse totalmente, y es en lo que queremos fijar nuestra atención con preferencia, son las profundas lesiones óseas de ambos maxilares, que vamos a describir. A los veinte días de hospitalizado logramos extraer un secuestro formado por gran parte del hemimaxilar izquierdo. En él se comprenden los alvéolos de dos incisivos, el del canino y los de los dos premolares, gran parte del cuerpo y, por arriba, se comprende hasta la apófisis ascendente. Diez días después se le extrae un segundo secuestro, que reproducimos en la figura 2, y que está formado por gran parte de la porción central del maxilar inferior, comprendiéndose en aquél los alvéolos íntegros de los cuatro incisivos, los dos caninos y los dos premolares del lado derecho; la parte inferior del secuestro llega en profundidad hasta la apófisis geni.

Tras la ablación de este segundo secuestro desaparece la saniosidad que hasta ese momento no habíamos logrado suprimir y sólo sí atenuar; el orificio que hemos señalado en el

labio inferior, de tamaño reducido, pero a través del cual, dada su posición, fluía incesante la saliva, quedó obturado en el plazo de tres días; el estado general fué modificándose favorablemente, y poco después puede decirse que entra el enfermo en fase de franca convalecencia.

Un segundo análisis de sangre a los treinta y dos días de hospitalizado da: hematíes, 2.780.000; hemoglobina, 60 por 100; leucocitos, 7.300; segmentados, 57; linfocitos, 37; monocitos, 6.

Un mes más tarde las mismas determinaciones acusan los resultados siguientes: hematíes, 4.260.000; hemoglobina, 77 por 100; leucocitos, 9.800; eosinófilos, 8; bastonados, 7; segmentados, 38; linfocitos, 43, y monocitos, 4.

El estado general ha ido mejorando constantemente, hasta haber recuperado, en el intervalo de noventa y ocho días que permaneció hospitalizado, 5,600 kilogramos, y se ha hecho ostensible esta recuperación aparte de por el aumento incesante del peso, por la jugosidad que va adquiriendo la piel, en contraste con la gran sequedad que mostraba durante el primer mes.

El segundo caso habrá de servir también para evidenciar una vez más el efecto terapéutico decisivo de la medicación penicilítica, no sólo de un modo absoluto, o sea como antiinfectioso, sino en el sentido de limitar los estragos destructivos de la gangrena.

No hemos de insistir, por falta de interés, en la suma trascendencia que en el desencadenamiento de este proceso gangrenoso tienen las circunstancias alimenticias e higiénicas señaladas por todos los autores. Carencias múltiples o globales concomitantes con el mayor pauperismo de todos los casos que hemos observado, y son ya bastante numerosos, fueron indudablemente el terreno propicio sobre el que se cebaron los anaerobios.

En nuestro anterior trabajo sobre estas gangrenas, y basándonos en la frecuencia con que observábamos la necrosis ósea más o menos extensa del maxilar superior o inferior, apuntábamos la hipótesis de que un foco séptico primitivo, localizado en el hueso, fuese el determinante, dada la especial

disposición del sistema vascular de la región, del trombo séptico que, obstruyendo un determinado sector, engendrarse las condiciones requeridas para la gangrena húmeda.

De los dos casos recogidos en este trabajo, uno de ellos encaja plenamente en las condiciones que señalábamos para los que allí se historiaban, o sea, que coexistiendo con la gangrena de la mejilla se evidencian extensas zonas de necrosis ósea, pero con una muy digna de no despreciarse: que siendo dos los focos de gangrena, según la topografía descrita, cada uno de ellos se corresponde con una distinta zona de hueso necrosado; tan distintas, que asientan en ditsinto maxilar: superior e inferior. El otro caso, en el que, según hemos apreciado, el foco de gangrena asienta en el mismo centro de la mejilla, correspondiéndose la perforación a que da lugar con la línea de contacto de ambas arcadas dentarias, y que llega al tratamien-to en una fase relativamente precoz, no podemos comprobar la más mínima lesión ósea, y cura sin secuelas que afecten a la estructura de los maxilares.

Difícilmente podríamos imaginarnos en aquel primer caso una doble lesión ósea secuestrante primitiva que simultáneamente desencadenara sendos focos de gangrena, y es evidente que la gangrena del segundo caso pudo engendrarse sin que existiese la menor participación ósea. Por otra parte, esa duplicidad de focos necróticos en regiones relativamente distanciadas no deja de ser frecuente, y de los casos nuestros, junto a aquél, podemos aportar otro, en el que se puede observar tal duplicidad.

Sin excluir, pues, la posibilidad de que un foco óseo secuestrante, cual el que orfecíamos en aquel trabajo, de una niña que lo presentó en la convalecencia de una fiebre tifoidea, y que aunque no padeció gangrena de partes blandas estimábamos que pudo conducirle hasta ella de hallarse en otro ambiente, difícilmente podríamos seguir manteniendo, a la vista de nuestros dos casos últimos, la concepción patogénica que allí apuntábamos.

Sin insistir, pues, más en el papel particular que pueda caberle a los factores desencadenantes, juzgamos que en el estado actual que para tal afección se ha creado con la terapéutica

penicilínica, el mayor interés del problema terapéutico debe desplazarse hacia la forma de solucionar las secuelas que tras la curación de la gangrena viene ocasionando ésta. Hasta el momento actual, dada la elevada letalidad que en estos casos, llamémosles mutilantes, se ocasionaba, pudiéramos decir que tales secuelas eran desconocidas. Para el noma, pensamos, debe abrirse, en consecuencia, un nuevo capítulo destinado a ser escrito por los cirujanos.

El segundo de nuestros casos es extraordinariamente demostrativo en el sentido de evidenciarnos hasta qué grado de eficacia contentiva de la mutilación alcanza el antibiótico. Iniciada la gangrena, que se proyecta al exterior en forma de una amplia placa redonda, en el centro de una de las mejillas, cuando, instaurada la medicación vemos desprenderse el esfacelo, esto no ocurre cual era la regla, dejando un orificio como si sobre la mejilla se hubiese aplicado un sacabocados, y podemos aplicar en la figura 5. El esfacelo comprende sólo la parte superior: piel y tejido celular, por lo menos en la periferia, y a medida que nos aproximamos al centro de la zona lesional va ganando la profundidad del daño hasta que en el mismo centro quedan destruidos todos los planos, dando lugar a la perforación. Esta niña, a pesar de su perforación, se recupera funcionalmente en toda su integridad, y debemos admitir que la recuperación hubiera alcanzado también al terreno de la estética si el antibiótico hubiera llegado dos o tres días antes.

Con la precocidad suficiente en la terapéutica, todo problema, estimamos, quedaría resuelto. Pero el pauperismo y la miseria, de no tan fácil solución, contribuirán con su realismo a prodigarnos casos de noma en fases avanzadas, y junto a las gangrenas de la cara haremos de enfrentarnos con las destrucciones óseas o de las partes blandas que ellas vemos que ocasionan.

Ya hemos señalado la recuperación funcional íntegra de que ha sido objeto el segundo de los casos que presentamos. En el mismo no debemos aspirar a más, puesto que el leve defecto estético de una cicatriz en el centro de la mejilla de una mujer musulmana sólo hemos de valorarla con el relativismo de su humilde condición social.

No ocurre lo mismo con el primero de estos casos. El maxilar superior ha quedado secuestrado en la profundidad que hemos señalado y el maxilar inferior no fué menos interesado. Ambas destrucciones óseas hay que esperar que se regenerarán merced a la osteogénesis periostal del resto del hueso indemne. En un plazo más o menos largo, según la amplitud de la pérdida, el hueso quedará, pues, reconstruído y sólo restará cerca de él un problema odontológico al alcance de las prótesis. La solución, si la destrucción alcanzase solamente al hueso, y aunque ésta fuese amplia, como ocurre en este caso, no habría que ofrecer grandes inconvenientes. Pero en el noma, desgraciadamente, nunca ocurren las cosas así, sino que junto a la destrucción ósea se establece una pérdida más o menos considerable de las partes blandas que limitan y cierran la cavidad bucal. Y en ello estimamos que radica la grevada del problema que el estadio actual de tal afección plantea.

En uno de los casos que aquí ofrecemos, la destrucción hemos visto que alcanzaba a gran parte del labio superior y mejilla izquierda. En el labio inferior también se produjo un pequeño orificio que curó espontáneamente. A los noventa y ocho días, al causar baja en la clínica, este niño había recuperado 5,600 kilogramos, lo que nos dice bien a las claras que, a pesar de tales destrucciones, las funciones digestivas pudieron realizarse con la más completa normalidad. Ahora bien, no podemos pasar por alto que este niño ha permanecido en régimen hospitalitario, y que sólo merced a él pudo conseguirse tal resultado con una orientación dietética adecuada a su estado. Y junto a esto, la circunstancia de una distribución topográfica de aquellas destrucciones que no impidieron, una vez cicatrizado el orificio del labio inferior, la contención y mezcla con los alimentos de la saliva segregada en cantidad suficiente. Pensemos, sin embargo, en que si la destrucción del labio inferior corriera pareja con la amplia destrucción ósea que hemos visto producirse en el maxilar inferior de este mismo caso; en que si la barrera contentiva de la saliva hubiera desaparecido, como fácilmente pudo ocurrir, las funciones digestivas, a falta de ésta, tal vez no se realizasen con la normalidad que les hemos asignado.

En éste, como en otros casos observados, una vez rectificada la gangrena y eliminados todos los tejidos muertos, asistimos a la cicatrización rápida y global de las partes afectadas; y ello se verifica merced a la proliferación del tejido conjuntivo que origina un bloque cicatricial de consistencia dura, englobando y aproximando entre sí las partes interesadas por la anterior gangrena.

Este niño, al marchar de la clínica curado ya del noma, presentaba una reducción considerable de la cavidad bucal. En su parte supero izquierda permanece abierta en la amplitud determinada por el esfacelo desprendido. La piel limitante, en el proceso de cicatrización, ha venido a recubrir lo que pudiéramos llamar nuevos labios. Desaparecido con la destrucción de una parte tan considerable del arco dental superior la sección correspondiente del surco gingivolabial, al constituirse el bloque cicatricial el techo del paladar se continúa sin el accidente natural del arco dental con aquel borde externo.

El secuestro desprendido del maxilar inferior ya hemos señalado también la profundidad y extensión que alcanzaba, y con ello se ha determinado aquí también la desaparición del surco gingivolabial inferior en casi la mitad del mismo. Este bloque cicatricial inferior, que al constituirse tras la eliminación del secuestro, ha cerrado el orificio que se había creado en la pared del labio inferior, retrae o hace desaparecer el vestíbulo de la boca, haciendo que el suelo de la misma se continúe sin solución de continuidad hasta dicho labio.

¿Qué posibilidades de reconstrucción ofrecen estos enfermos? Como hemos precisado antes, creemos que sea ya solamente esa incógnita que ante el problema del noma queda por resolver en la actualidad. Comienza a verse por la calle los niños con cara mutilada recubriendo los estragos de la gangrena con parches que mal disimulan el horror de una lesión perenne, que impresiona la vista de los que la miran. Pero si ello no fuera suficiente, que sí que lo es, para estimular el interés médico para resolverlo, habría que pensar en la catástrofe psicológica de esos niños o niñas, con su mente normal enfrenándose con la vida en el curso de su desarrollo, provistos de

esas mutilaciones que en tal forma descomponen sus facciones.

No es nuestro propósito el divulgar sobre los complejos de inferioridad a que ello habría de conducir, tal vez bien distintos a los que se motivan junto a otras mutilaciones. Sólo perseguimos el presentar el problema del noma tal cual en nuestro limitado entender creemos percibirlo. Problema pediátrico que, resuelto en una parte muy considerable merced a los antibióticos transferidos para su completa solución a la habilidad de los cirujanos.

Cada caso ofrecerá perspectivas reconstructivas diferentes. De entre los numerosos vistos por nosotros antes y después de ser tratados con penicilina, ninguno se nos presentó con identidad de localización a los demás, todos ellos dignos de prestigiar a la cirugía plástica.

RESUMEN

Se presentan dos casos de noma en los que la medicación penicilínica cura la gangrena, limitando los efectos destructivos de ésta. En uno de ellos la gangrena ha ocasionado, con foco doble, grandes destrucciones en ambos maxilares y partes blandas. En el segundo, con la medicación aplicada más precozmente, limitando los efectos destructivos de la gangrena, se logra la total recuperación funcional del enfermo.

Se da por resuelto el problema terapéutico de este tipo de gangrena, señalándose, como contraste, el nuevo aspecto que se plantea a la terapéutica ante las graves mutilaciones y las características de las mismas con que los enfermos pueden quedar y quedan, de hecho, si la medicación penicilínica se aplica en una fase avanzada de aquélla.

Señala el interés quirúrgico con que el estadio de la terapéutica del noma debe despertar, como única incógnita que queda por resolver ante tal afección.

La coexistencia de paludismo en ambos casos le permite dar noticia del resultado, controlado hematológicamente, obtenido con el nuevo sintético. Nivaquina, utilizado con exclusión de toda otra medicación antipalúdica en el tratamiento de uno de ellos (*P. Falciparum*), resultado que fué completamente satisfactorio. (per *Rev. Cl. Española.*, XXXIII, 3.)