

BLASTOMICOSIS EN HONDURAS

Por el DR. ANTONIO VIDAL

Durante varios años de práctica hospitalaria hemos visto numerosos casos de micosis, tales como tiñas, pitiriasis, esporotricosis, actinomicosis, pero nunca un caso bien comprobado de blastomicosis.

En el presente trabajo nos vamos a referir primeramente a las blastomicosis en general y después a relatar las observaciones de dos casos de esta enfermedad que por una de esas coincidencias tan frecuentes en Clínica, se presentaron casi al mismo tiempo, pues el primer caso ingresó al Hospital General de esta ciudad el 22 de Octubre y el segundo el 27 del mismo mes del año pasado. El primer caso pertenece al ler. Servicio de Cirugía de Mujeres a cargo del Dr. Salvador Paredes, quien me cedió dicho caso para su estudio; el segundo, al ler. Servicio de Cirugía de Hombres, a cargo del Dr. José Ramón Durón, quien también me cedió el caso para el estudio respectivo.

Las blasítomicosis cutáneas deben ser raras en nuestro país, pues durante 10 años no habíamos visto ningún caso, no así la esporotricosis, que es muy frecuente.

Las blastomicosis son afecciones producidas por levaduras pertenecientes a la familia de las Anascosporáceasi, las cuales se dividen actualmente en 2 géneros:

1—«Género cándida, el cual substituye a los antiguos Monilia y Micotorula. 2—Género Toruloxis, el cual substituye al antiguo género Criptococcus.

Estos hongos producen dermatitis que simulan la sífilis, el epitelioma y sobre todo la tuberculosis. Haciendo un resumen de aquellas afecciones que son producidas por levaduras, podemos dividir las en dos grandes grupos:

1—'Blastomicosis cutánea, las cuales abarcan las enfermedades siguientes:

Vásquez sobre el tratamiento de los edemas avitaminósicos con hipoproteinemia, por medio de las transfusiones sanguíneas y del empleo del plasma, que fueron ensayados igualmente con el mejor de los éxitos por el Dr. Cofiño Ubico en la República de Guatemala. Y que esperamos ensayar igualmente en nuestro hospital, ya que, desgraciadamente, casos semejantes los observamos casi diariamente.

- a). Dermatitis blastomycótica o micosis de Gilchrist.
- b). Blastomycosis de focos múltiples de Busse y Bushke, la cual es producida por el *Criptococcus hominis*.
- c). Blastomycosis tipo Curtis, la cual es producida por el *Saccharomyces tumefaciens*.
- d). Epidermomicosis a levaduras, debidas al *Saccharomyces criptococcus* y a micotorulas.

2?—Las Blastomycosis de las mucosas, las cuales se dividen hasta la fecha en 8 clases, son:

- a). Muget, producida por el *Cándida albicans*.
- b). Blastomycosis bucofaringea, debida al *Criptococcus americano*, y que por mucho tiempo ha sido confundido con la *Leishmaniosis americana*, por su poder perforante del tabique nasal y de otras características semejantes a la espundia.
- c). Lingua nigra pilosa, producida por la *Micotorula lingue pilosa*.
- d). Blastomycosis del oído, debida al *Sacromyces roseus*.
- e). Blastomycosis del ojo, debida a diversas levaduras y que produce conjuntivitis y queratitis.
- f). Blastomycosis pulmonar, debida al *Blastodendron pinoyi*.
- g). Blastomycosis intestinal, debida a la *Micotorula silopsis* y posiblemente al *Blastocystis hominis* que se encuentra comunmente en el intestino grueso.
- h). Blastomycosis vesical, la cual he logrado individualizar como causa de cistitis, especialmente en los diabéticos y que es producida por levaduras de diversas especies.

Volviendo a las blastomycosis cutáneas, entre las cuales se encuentran muchos casos, diremos que' la blastomycosis de Gilchrist fue señalada en 1896 por este autor, en Baltimore, E. U., y que es frecuente en toda América del Norte. También han sido señalados algunos casos en Cuba por el Dr. Vicente Pardo Castelló. La afección es debida al *Endomycis dermatitis* y se caracteriza por una erupción que aparece bajo forma de placas rojizas de contornos irregulares y netos con superficie mamelonada, papilomatosa, secreta, purulenta y costrosa. Estas lesiones con el tiempo se fistulizan y pueden atacar los huesos tal como en nuestro caso primero, donde las costillas estaban afectadas. La afección es indolora y simula la tuberculosis. Algunas veces las lesiones pueden invadir la mucosa y posiblemente el pulmón, como en nuestro caso, aunque esta complicación no la hemos encontrado en los libros consultados.

La blastomycosis de Busse y Bushke fue estudiada en Alemania en 1894 y es una Afección gomosa de principio profundo que invade la piel. Estas gomas son dolorosas, se abren y dan origen a

ulceraciones crateriformes que recuerdan a las lesiones tuberculosas. Los huesos y las articulaciones se afectan desde el principio,, la marcha de la enfermedad es rápida y su pronóstico es fatal por invadir casi siempre visceras, pulmones y aún el cerebro. Naturalmente, nosotros descartamos esta enfermedad porque nuestros, casos son de marcha crónica y sin las propagaciones señaladas para esta enfermedad, tales como en el primer caso, en el cual la enfermedad dará de 6 años, sin más complicación que la pulmonar en los últimos tiempos y en el segundo, de 5 años y que no presentaba ninguna complicación y que salió aparentemente curado con el tratamiento.

Esta blastomicosis ha sido señalada en América, especialmente en Cuba.

La blastomicosis tipo Curtís es muy rara y se caracteriza por tumores de aspecto sarcomatoso o mixomatoso, bastante voluminosos, que se presentan generalmente al nivel de la base del triángulo de Scarpa.

Finalmente las epideromicosis se sitúan en la piel de los recién nacidos y son debidas a la acción de la humedad de la ropa y de las deyecciones. Al nivel de los pliegues cutáneos tales como los inguinales donde el calor y la suciedad favorecen la vegetación de levaduras. Sobre la piel macerada por el uso de baños permanentes y de curaciones húmedas. Las dishydrosis de los dedos del pie ■con masas blanquecinas se han colocado en este grupo de infecciones.

Haciendo un análisis de lo anterior llegamos a la conclusión de que únicamente en el grupo primero, es decir, en la Dermatitis blastomicócica, tipo Gilchrist pueden colocarse nuestros casos, lo que fue corroborado por los exámenes de Laboratorio, los que dieron en ambos casos resultados positivos por Endomicis. dermatitis.

Los clisés números 1 y 2 corresponden, respectivamente, a los casos 1 y 2, en los cuales pueden apreciarse las lesiones.

Las observaciones resumidas de estos casos son las siguientes:

I—OBSERVACIÓN N° 1.*

Máxima Matamoros, de 42 años, de edad, soltera, de oficios domésticos, natural de Tegucigalpa, D. C, ingresa al Primer Servicio de Cirugía de Mujeres el 22 de Octubre de 1941, con el objeto de curarse de unas fistulas que presenta en la espalda.

ANAMNESIA PRÓXIMA:

Refiere la paciente que en el mes de Abril, hace seis años, andando por el campo en su oficios habituales, se dispuso a cortar unas frutas de TUNA, y que al tratar de cortarlas, se desprendió una hoja de la planta cayéndole en la espalda. Sin sentir ningún dolor



Clisé No. 1

regresó a su casa y por consejo de algunos vecinos se aplicó CERA. Seis meses después del mencionado accidente, le apareció en la región paravertebral izquierda, como a diez centímetros por encima de la cresta ilíaca, una pelotita muy dura, pero que de tiempo en tiempo, sentía que le lanceteaba, por lo cual se aplicó *UNGÜENTO DE GUARDA*.

Después de un año del comienzo de la enfermedad que relató, salió embarazada, permaneciendo en gestación normal durante los seis primeros meses, al cabo de los cuales y de una manera rápida, le creció la pequeña pelota del principio, hasta alcanzar el tamaño de una naranja grande; días después y sin acompañarse de algún otro fenómeno, "se abrió por catorce partes," dice la enferma, saliéndole una secreción amarilla y un poco espesa que quedó permanentemente durante muchos meses, no presentando fenómenos dolorosos más que al permanecer acostada durante mucho tiempo.

En el mes de Junio de 1940 ingresó al Segundo Servicio de Medicina de Mujeres, donde permaneció hasta el 10 de Septiembre de ese mismo año, en que después de los exámenes respectivos sin hacer un diagnóstico positivo de *MICOSIS*, fue tratada con yoduro de potasio, durante el tiempo que permaneció en el Servicio y salió curada de sus lesiones superficiales. Seis días después de haber calido de este Hospital, sintió nuevamente ligera comezón que poco a poco fue aumentando en intensidad, volviendo poco tiempo des-

pues a supurar sus antiguas lesiones. En este estado y sin ningún tratamiento regresó al mismo servicio de este Hospital, el 22 de Abril de 1941; en esta vez fue nuevamente tratada con yoduro y unas pocas inyecciones de Endoyodina; salió del Servicio el 22 de Julio del mismo año sin haber obtenido esta vez ninguna mejoría. El 22 de Octubre de 1941, ingresó al Primer Servicio de Cirugía de Mujeres (servicio en el cual hemos tenido oportunidad de hacer esta observación), haciéndose después de los exámenes de Laboratorio el diagnóstico de *BLASTOMICOSIS NEUMOPARIETAL*, Los exámenes complementarios fueron los siguientes:

Sangre: Glóbulos rojos, 2.700.000; Glóbulos blancos, 9.250; Hemoglobina, 60 %; N, 74 %; L, 24 %; E, 1 %; GM, 1 %; Hematozoario, 0.

Heces fecales: ascárides.

Orina: bacterias escasas; fosfatos amorfos.

Espuito por bacilo de Koch (6 exámenes): 0.

Cultivo de pus por HONGOS: BLASTOMICES. Dermatitis.

Cultivo de espuito por HONGOS: BLASTOMICES. Dermatitis.

Tensión arterial: Máxima, 90; mínima, 54.

Examen de Rayos X: Osteitis de la 8^a, 9^a y 10^a costillas izquierdas.

En resumen, la enferma ingresa a este Servicio con 14 fístulas¹, supurantes de la pared torácica posterior, acompañándose de dolores irradiados a toda esa región especialmente a la columna dorsal.

ANAMNESIA. LEJANA:

En la infancia padeció de sarampión, después fue sana hasta la época en que empezó a padecer de la enfermedad de que hoy se queja.

FUNCIONES ORGÁNICAS GENERALES:

Apetito normal; polidipsia, evacuaciones albinas normales; aparato respiratorio: tos desde hace 15 días, con escasa expectora - ción mucosa, algunas veces hemoptoica; aparato circulatorio normal; genitourinario, escasa leucorrea; pero los flujos catameniales han sido normales; sistema nervioso: dolores torácicos y requial gias; órganos de Los sentidos normales. Ha habido alguna disminución de peso en los últimos meses.

ANAMNESIA FAMILIAR:

■ Su madre murió hace 16 años de punta de costado; su padre hace tres años?, de una afección cardíaca; tiene cinco hermanos, uno

de las cuales adolece de una enfermedad del corazón; los demás. Son sanas.

GENERO DE VIDA:

Lleva una vida escasa, trabaja en oficios domésticos pocas horas el día; se alimenta muy pobremente. No hay intoxicaciones exógenas.

ESTADO PRESENTE:

Al hacer el examen físico de la enferma nos encontramos con una paciente desnutrida, de ligero tinte terroso de los tegumentos, con palidez acentuada de las mucosas, facies melancólicas y una mirada sin expresión definida.

No hay, exceptuando las lesiones de su enfermedad, ninguna otra cosa que llame la atención en el resto del cuerpo.

En el examen especial encontramos que en la pared posterior del tórax presenta, tal como nos dijera, catorce pequeñas fistulas separadas entre sí unas de otras, pero que algunas de ellas se comunican entre sí por trayectos fistulosos, que al explorarlos con un estilete, dan a conocer que son tortuosos y que en algunas partes profundizan hasta las costillas, pues &e siente el choque duro del hueso.

Todos estos trayectos están implantados en una piel engrosada, empastada, pero que conserva su color normal.

Los orificios externos de estas fistulas presentan una coloración gris rojiza, manchadas por el pus amarillento y espeso que resuma de ellas; al hacer presión en ellas dejan salir un poco de pus y no son dolorosas.

El examen físico de aparatos nos da:

APARATO RESPIRATORIO: A la inspección, las deformaciones mencionadas anteriormente.

Palpación: ligero aumento de vibraciones bucales en la región del hilio de los dos pulmones.

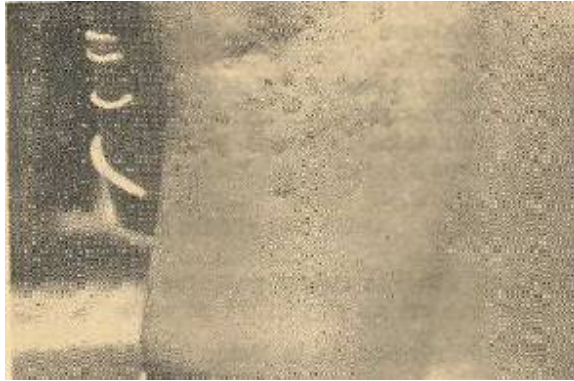
A la percusión: nada da particular, pues el espesamiento de la pared no permite darse cuenta exacta sobre algo particular.

A la inspección: roces pleurales en los dos tercios inferiores de ambos pulmones.

APARATO CIRCULATORIO: Área precordial, 75.54 cms.2. Corazón normal; pulso radial, 70 por minuto.

SISTEMA NERVIOSO: Normal, excepción de una ligera hipoestesia de la piel de la zona interesada por las fistulas de la pared posterior del tórax. En el resto del cuerpo la sensibilidad es normal, lo mismo que la motilidad.

APARATO GANGLIONAR: Pequeños ganglios cervicales; auxiliares y epitrocleares bilaterales.



Clisé No. 2

El examen físico del aparato génito urinario no presenta nada de particular.

DIAGNOSTICO:

Blastomycosis neumoparietal;

PRONOSTICO:

Benigno.

TRATAMIENTO:

Yoduro de potasia, solución acuosa al 5 %, tomando cuatro cucharadas ni día durante 30 días (últimamente presentó irritación gastro-intestinal y se suspendió la administración de yoduro). Salió muy mejorada el 18 de Diciembre de **1941**.

OBSERVACIÓN N° 2.

Juan Irías, de 30 años de edad, herrero, casado, originario de Juticalpa, ingresó el día 27 de octubre de 1941 a la Primera Sala de Cirugía de Hombres, con el objeto de curarse de una enfermedad de la piel de la espalda.

ANAMNESIA PRÓXIMA:

Dice el paciente que hace como 5 años le apareció un pequeño tumor (del tamaño de un dátil), a nivel del ángulo inferior del omóplato izquierdo, que le fue creciendo siempre indoloro, que a dos años lo tenía del tamaño de una naranja, lo que le obligó

a consultar un médico, quien se lo extirpó, extrayéndole una masa dura de color rojo oscuro que curó en el término de 15 días, que como al año le volvieron a aparecer otros dos tumorcitos, el primero como a dos pulgadas abajo del anterior, el otro en la parte superior de la región escápulo vertebral izquierda, que como el primero le creciera lentamente, hasta supurarlo por varios agujeros al cabo de un año; éstos iban acompañados de prurito, que curaba de esos agujeros y luego le aparecían otros; así ha seguido sin sentir mejoría y sin haber tenido ningún tratamiento.

A este paciente se le trató con yoduro de potasio y salió curado aparentemente.

Para terminar diremos cuatro palabras sobre el **tratamiento**, el cual puede reducirse en los siguientes párrafos:

- 19—Tratamiento quirúrgico. Si la lesión es pequeña y accesible, su extirpación quirúrgica podría ser el método mejor. También se aconseja el uso del galvano-cauterio y la electro-coagulación.
- 29—Rayos X. Si las lesiones no son a propósito para recibir el tratamiento anterior, pueden aplicarse los rayos X en forma intensiva o semi-intensiva.
- 3^—Yoduros. Se recomienda la solución saturada de yoduro de potasio. Se comienza 'Con 15 gotas bien diluidas tres veces por día ■antes de las comidas. Se aumenta la dosis con 5 gotas diariamente hasta que se producen síntomas de intolerancia. La dosis máxima tolerable, será dada por varias semanas o meses, conforme la respuesta favorable del paciente'. Algunas veces se intercala la tintura de yodo para cambiar.
- 49—Vacuno-terapia. Ha sido preconizada por Stover. Podría usarse el dermatomicol.
- 5^?—Cobre coloidal. Las inyecciones intramusculares de este preparado han sido recomendadas por Jacobson.
- 69—Tratamiento complementario, el cual comprenderá reposo, sol y buena alimentación.

Tegucigalpa, D. C, 10 de Febrero de 1942.