

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: HERNÁN
CORRALES P.

Reductores: RAMÓN
ALCERRO CASTRO

J. NAPOLEÓN ALGEBRO

J. RAMÓN PEREIRA

Secretario:
ALEJANDRO ZUNIGA

Administrador;
SALOMÓN MÚNGUIA ALONZO

Año XXII Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Febrero, Marzo y Abril, 1953 No. 164

MICOSIS PROFUNDAS

Por el Dr. Hernán Corrales P.

Nuestro objeto es poner de manifiesto, en un trabajo de conjunto, las diversas Micosis Profundas que existen en nuestro país a través de los casos observados en el Hospital San Felipe, de Tegucigalpa, Honduras, procedentes de diversos rumbos del territorio.

No abordaremos el estudio clínico, micológico e histológico, que es interesante y que hemos abordado en otras ocasiones en comunicaciones de casos parciales (Sesión ordinaria de la Asociación Médica Hondureña de febrero de 1953), porque está fuera de nuestro objetivo actual. Queremos afirmar, categóricamente, que en Honduras se encuentra la gran mayoría de las micosis profundas que se describan universalmente, simulando cuadros clínicos no sólo cutáneos sino también broncopulmonares, laríngeos, óseos y viscerales. Sirva esta revisión para llamar la atención de nuestros colegas hacia los cuadros de Micosis Profundas en presencia de problemas clínicos a veces sin relación aparente con aquéllas.

1°—ACTINOMICOSIS

Esta afección ya es muy conocida por nuestros prácticos en su forma cérvico-facial (descripción clásica de los libros en Patología General), olvidándose otras formas clínicas que deben tenerse igualmente presentes, como son la que simula una infiltración gomosa sífilítica de miembros o una tuberculosis indurativa o una simple osteomielitis fistulizada. Sirva para ilustrar este hecho la fotografía N° 1, de un paciente nuestro, ya curado, en el Servicio de Dermatología del Hospital San Felipe, que presentaba fistulas y nudosidades fistulizadas en pierna y rodilla, con aumento del volumen del miembro que lo triplicaba, con anquilosis de rodilla en



Figura N° 1

Paciente que presenta múltiples fistulas y nudosidades fistulizadas, por actinomycosis de pierna y rodilla izquierdas



Figura N° 2

Radiografía de la rodilla, perteneciente al enfermo de la Fig. N° 1



Figura N° 3

Estudio radiográfico del mismo paciente de la Fig. 1, vista antero posterior

ángulo agudo y roengenograma muy parecido al de la tuberculosis articular, con serología por Kahn positiva, inclinando a los médicos que lo habían examinado antes a pensar en una sífilis gomosa.

El estudio del producto de las fistulas (Serosidad muy fluida), en extensión fresca nos reveló granos típicos de actinómices bovis con miselios muy claros en la periferia. El corte histológico nos mostró varios granos típicos en abscesos. La figura N° 5, expone un caso semejante al anterior, con un 25% de mejoría, después de un mes de tratamiento con ioduros y aureomicina.



Figura N° 4

Granos típicos de *Actinomyces bovis*, extensión fresca

La actinomicosis es causada por el actinómices bovis o varias especies del género *Nocardia*. Se distribuye por todo el mundo y la frase de Cope ilustra mejor el concepto: «Donde haya un microscopio y un laboratorio el hongo se encuentra como causa de enfermedad». Por ello insistimos en no desapercibir las formas clínicas como la de miembros inferiores, torácicas y abdominales, y hacer estudio exhaustivo en pacientes con lesión cutánea actinomicótica. Una paciente nuestra con actinomicosis de cara insistió en un dolor suave a la presión a nivel del maxilar superior y la radiografía mostró una reacción hiperplástica en el macizo óseo, que se redujo con el tratamiento.



Figura N° 5

Caso semejante al anterior, con un 25% de mejoría después de un mes de tratamiento con ioduros y aureomicina



Figura N° 6

Paciente con Actinomicosis de cara



Figura N° 7

La misma enferma de la Fig. N° 6, visto de perfil

Este caso fué diagnosticado por el Servicio de Guardias como un granuloma piógeno y no se situó entre las actinomicosis hasta que se hizo estudio micológico e histológico. La figura N° 6 nos muestra el paciente después de tratado durante cinco meses con aureomicina inyectable y per os a dosis de 3 gramos diarios, con j descansos de 10 días cada mes, y con lugol e hiposulfito de sodio

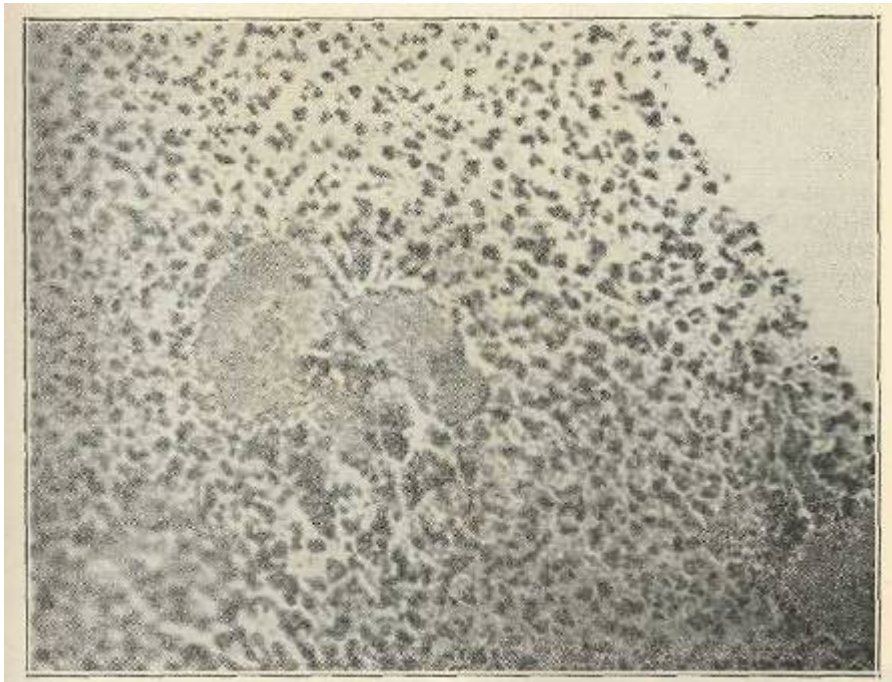


Figura N* 8 Mostrando a gran aumento varios granos típicos en abscesos

a partes iguales por vía endovenosa para cerrar tres fistulas que se mostraron rebeldes a la acción benéfica de la aureomicina durante un mes más.

Queremos dejar constancia de que la penicilina y las sulfas, que son generalmente recomendadas, han dado buenos resultados en varios casos nuestros, pero siempre nos hemos visto forzados a usar ambas drogas sucesivamente por estancamiento del cuadro. La sulfadiazina nos parece la mejor de las sulfas para la actinomicosis localizadas, y la aureomicina nos parece la droga de elección en los casos muy extendidos y profusamente fistulizados de los miembros.

Durante los últimos 24 meses hemos tratado ocho casos de actinomicosis y queremos destacar el hecho de que cuatro de ellos lo fueron con lugol e hiposulfito de sodio a partes iguales en dosis de 5 gramos cada uno, diarios, sin observar fenómenos de intolerancia y solamente un paciente mostró esclerosis venosa que nos obligó a suspender dicho tratamiento.

Cope, citado por Pomposiello, en una serie de 1.330 casos recopilados de la literatura Médica, dice, que el 56% se localizan en el cuello; 22.3% en abdomen, 15% en tórax y deja un 5.9% para otras localizaciones.

2?—MADUROMICOSIS

Muy frecuente entre nosotros, pareciéndonos que el agente más frecuente en nuestra latitud es miembro del grupo aerobio de actinomicetes o Nocardia. La figura N° 9, nos muestra un caso. Hemos encontrado granos amarillos y negros con mayor frecuencia. El pie musgoso de que habla Manson Bahr lo hemos observado en una oportunidad que fue tributario de la amputación. La figura N° 10 ilustra micetomas incipientes y el estado de los huesos del pie. Nos ha parecido, que debe clasificarse su agente causal entre el Monosporium angiospermum. La observación nos ha permitido identificar en varios casos, la existencia de granos rojos.

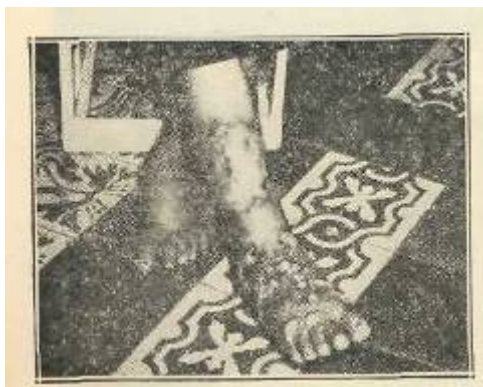


Figura N° 9

Fotografía de un paciente con Maduromicosis del pie derecho



Figura N° 10

Micetoma incipiente del pie derecho

Queremos llamar la atención sobre la enorme incidencia de micetomas que hay en nuestro país, en la cual no hemos catalogado ninguna zona del territorio como la más infestada, por cuanto los casos observados vienen de diversos rumbos del país. La inhabilitación para el trabajo y la invalidez total por micetomas es enorme, siendo muy crecido el número de pacientes con interesamiento de ambos miembros inferiores que requieren amputación, pues el estado de emaciación a que llegan estos pacientes es semejante al de **la tuberculosis pulmonar avanzada.**

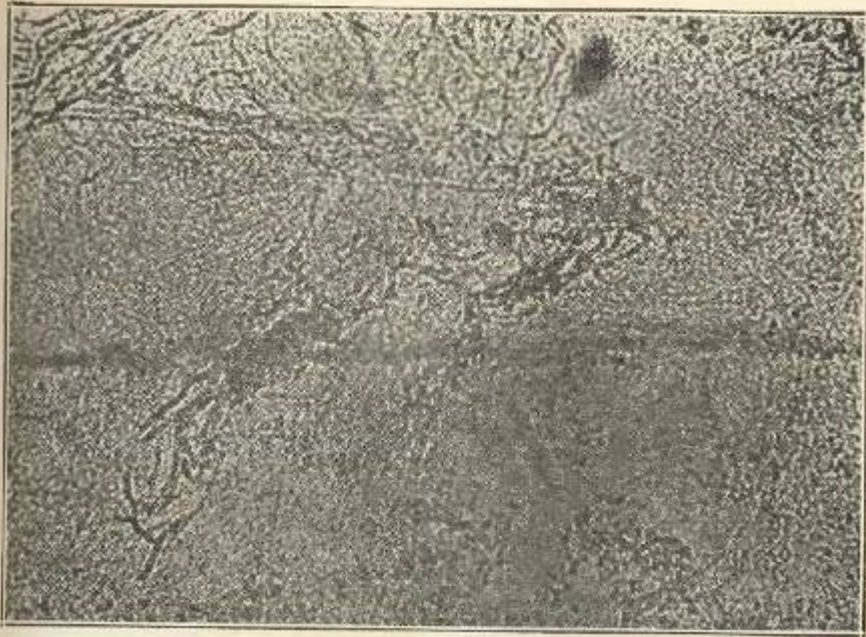
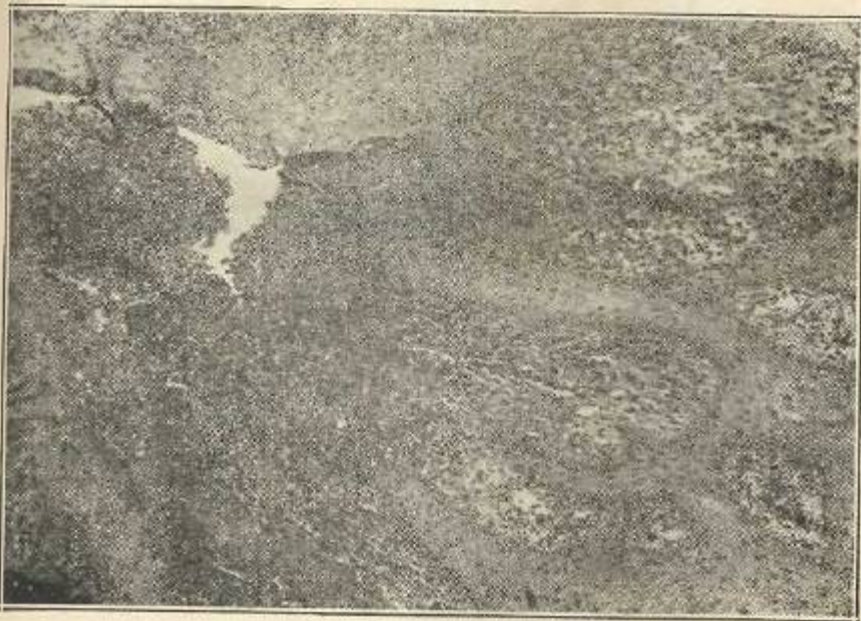


Figura N° 11

Nótese micelios al lado de un grano en protis fresco de un caso de maduromycosis



Nótese la intensa acantosis en esta maduromycosis a granos rojos

Hemos obtenido éxito terapéutico en casos incipientes y medianos mediante administración de Penicilina, Sulfadiazina y Lugol (este último por vía endovenosa), por períodos no menores de 6 meses. Por otra parte se practicó la amputación a 6 pacientes en el lapso de dos años. Si tomamos en cuenta el gran número de pacientes que no solicitan asistencia hospitalaria por diversas causas (vías de comunicación, pobreza, temor, etc.), y los que ostentando un cuadro inicial de maduromicosis —a quienes no se diagnostica correctamente— evolucionan al micetoma irreductible, tendremos, en el panorama nacional, un problema médico-social que casi iguala al del parasitismo intestinal.

La infección es de origen exógeno y resulta del contacto directo con el polvo, favorecido por efracciones cutáneas. Agregando a esto, que nuestros campesinos en su inmensa mayoría llevan los pies desnudos, tendremos la explicación de la enorme incidencia de micetomas. Haciendo una campaña «Pro-calzado para los Campesinos», como lo han hecho ya algunos países vecinos, reduciríamos en gran número la invalidez por micetomas y anquilostomiasis que azota dolorosamente a nuestro pueblo.

3—CROMOBLASTOMICOSIS

Producida por el *Hormodendrum pedrosoy*, forma vegetaciones papilomatosas prominentes que a veces se ulceran y que se

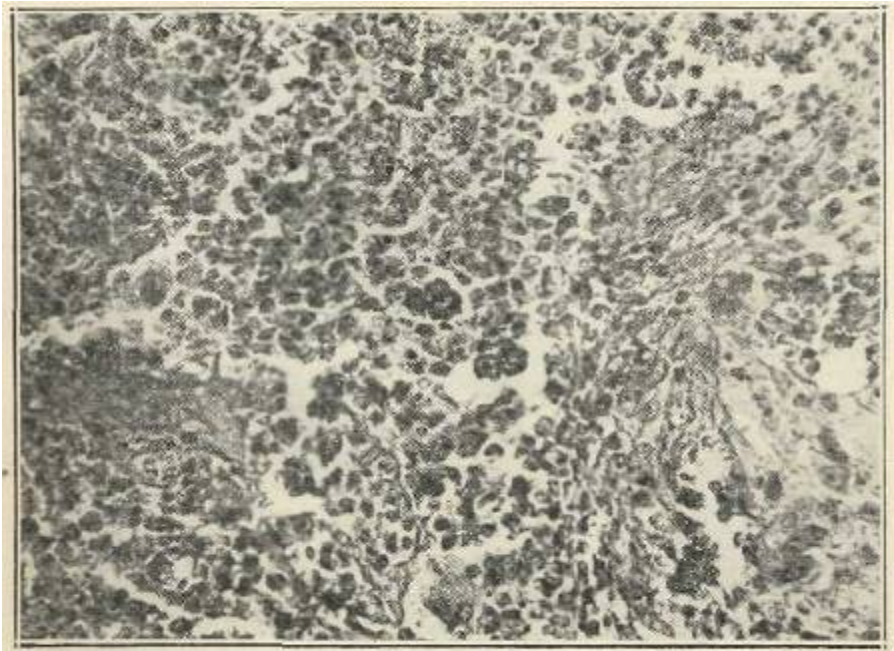


Figura N° 12

Cuadro histológico de un caso de cromoblastomicosis, pequeño aumento

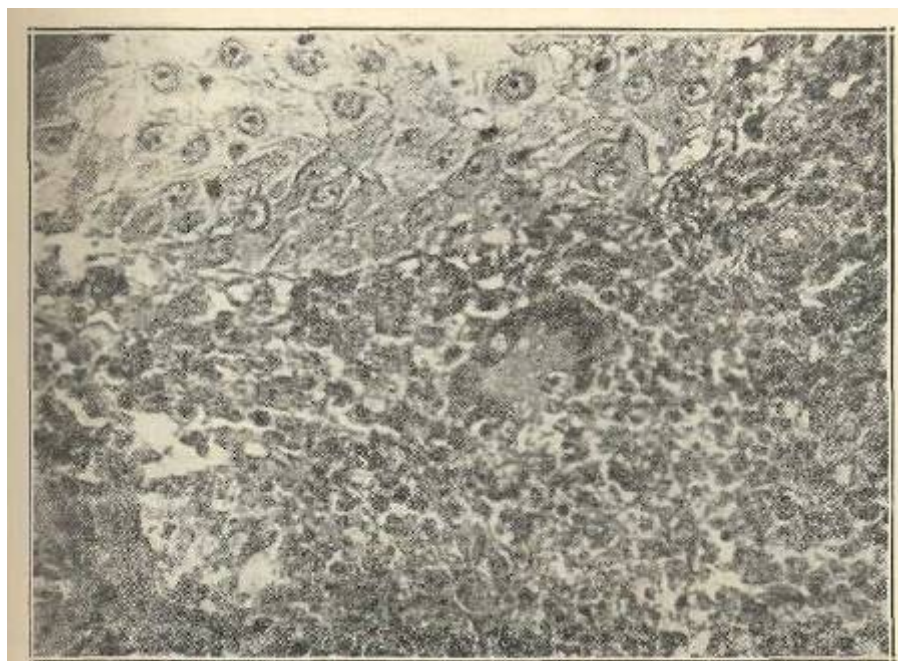


Figura N° 13

Vista a gran aumento de una célula gigante con elementos en ella contenidos, mismo caso de Cromoblastomicosis que aparece en la Fig. 12

localizan preferentemente en extremidades inferiores. El microorganismo tiene color de hoja de tabaco y no forma blastóporos.

Frecuente en Norte y Sur América, África y Rusia, también ha sido comunicada ya en Cuba, Santo Domingo, Venezuela, Guatemala y Costa Rica. Cada vez se comunican casos en diversas partes de la piel: manos, cuello, cara, etc.

Declaramos hoy tres casos que hemos observado en nuestro servicio, presentando las siguientes localizaciones: dorso de mano y antebrazo derecho, dorso de ambos pies, rodilla izquierda y costado derecho. Esta última formaba una gran placa de 20 centímetros en su eje mayor, papi lo matosa, con aspecto de epiteloma.

El caso con lesiones en costado curó con electrocoagulación de las lesiones y con iodo endovenoso —en cantidades progresivas hasta alcanzar 10 gramos diarios— durante cuatro meses. El caso de mano y antebrazo derechos se ha mostrado rebelde a la misma terapéutica sostenida durante casi un año, combinada con radioterapia. **No ha revelado eficacia, tampoco, el tratamiento con Dizu-**



Figura N° 14

Ilustración de un caso de cromoblastomycosis. con localizaciones en dorso de mano y antebrazo derechos. El mismo paciente presentaba localización en dorso de pie derecho

lone. Con el yodo se logró cicatrizar únicamente las lesiones de antebrazo y en pleno tratamiento apareció una lesión en dorso de pie derecho.

El tercer caso curó con dicho tratamiento, pero no ha vuelto a control por lo que lo referimos con la reserva pertinente.

Las figuras Nos. 12 y 13, muestran el corte histológico que ilustra nuestro casos, observándose en ellas los microorganismos típicos.

4°—COCCIDIODOMICOSIS

Su agente causal tiene forma esférica endoesporulada, con un tamaño de 70 mieras de diámetro aproximadamente. Se adquiere por contagio del mundo exterior, en donde vive saprofiticamente, penetrando por la piel, mucosas e inhalación.

Produce gomas, ulceraciones, abscesos, tumores fungosos, etc. Se localiza en cualquier parte del organismo. Puede llevar a la caquexia y a la muerte en corto plazo. *Coccidioides immitis* es el nombre de su agente causal y se le considera el más infeccioso entre todos los hongos capaces de producir micosis profundas.

Se conoce también con el nombre de Enfermedad Posadas-Wernick y se describió por primera vez en Argentina. El foco de infección más grande, que se conoce actualmente, es el valle de San Joaquín, en California. Algunos casos se han reportado en Italia y Nuevo Méjico. Cutireacciones con Coccidioidina llevadas a cabo por la Dirección General de Sanidad de Honduras, en el valle

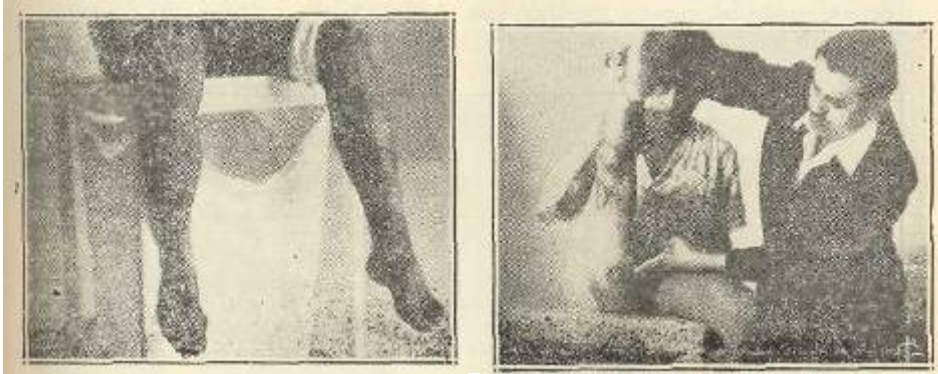


Figura N° 15

Blastomycosis Norteamericana de miembros inferiores, vista anterior

Figura N* 16

El mismo caso de la Fig. N» 15, vista posterior

de Comayagua, revelaron una elevada incidencia de reacciones positivas en personas de diversas edades, señalando una infección universal en dicha zona, semejante a la que se descubrió entre los niños indios de Arizona. Siendo, como sabemos, eminentemente contagiosa, no creemos pecar de exagerados al aseverar que muchas coccidioidosis deben ser causa de muerte entre nosotros (constituyendo cuadros clínicos diversos), pasando desapercibida la causa real.

En nuestro servicio de Dermatología hemos observado dos casos de Coccidioidomicosis, uno pulmonar y cutáneo y otro cutáneo simplemente. Nos referiremos brevemente al primero, que evolucionó como una coccidioidomicosis progresiva (se publicará in extenso),

A, V., mecánico, originario de Nacaome, 51 años de edad, residente en Comayagüela, D. C, Honduras, desde enero de 1950 tiene tos seca que aumenta por la noche, sintiéndose irritado por la mañana. Tratamientos para resfrío común y bronquitis han sido ineficaces. Luego, aparece dolor en piernas y raquialgia que lo obligan a encamarse. Ha perdido 20 libras de peso a pesar de que conserva el apetito. Su termómetro marca ocho décimas por las mañanas y las tardes, desde hace unos dos meses. Un día escupió sangre, el tanto de un vaso, roja y espumosa. Sudoración intensa por la noche. Persiste la tos. Se internó en una clínica de Tegucigalpa, en donde se diagnosticó una probable escrofulodermia y se pensó en una in-

filtración T. B. C. pulmonar, o una neumonía atípica a pesar de que el examen físico pulmonar fue negativo. Viajó a Guatemala donde, en mayo de 1950, se encontró en esputo: *Histoplasma capsulatum*, examen practicado en el hospital San Vicente, servicio del doctor F. Rosales. En abril de ese año se había reportado un examen Radiológico de pulmones, en los siguientes términos: «infiltración de ambas regiones parahiliares, especialmente marcada al lado derecho, que se extiende al campo medio» {Dr. Armando González}. En ese mismo mes se había reportado también un examen de esputo positivo

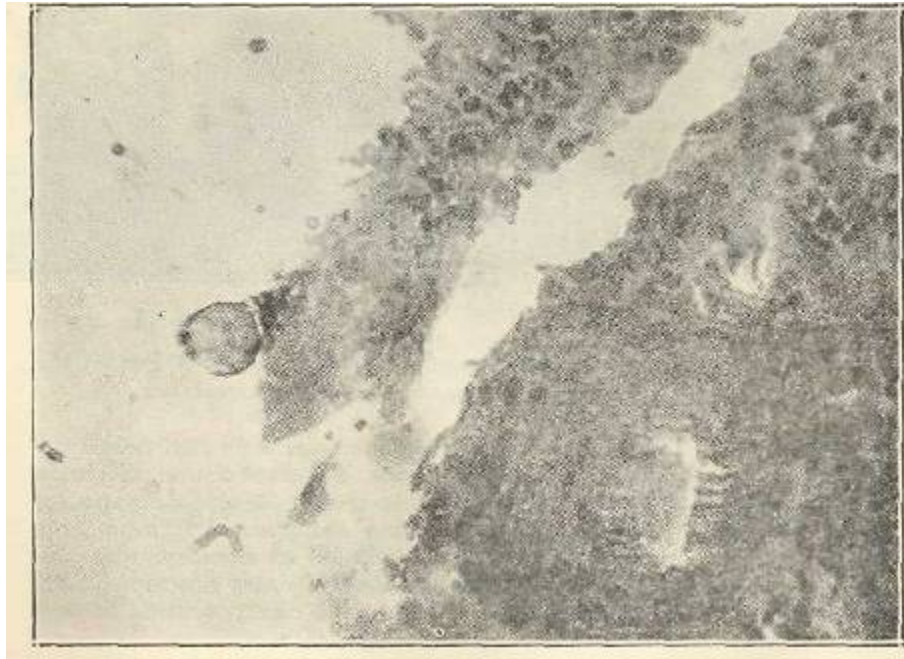


Figura N*1 17

Corte histológico de Ganglio cervical en un caso de Blastomycosis Norteamericana con localización pulmonar, se ven elementos redondeados de doble contorno, que corresponden a **Blastomices** dermatitides

para *Histoplasma capsulatum* (Dr. Nicolás Wiss). En abril del mismo año el examen fluoroscópico revela lo que sigue: La densidad del lado derecho, situada en la base del lóbulo superior, corresponde a una Atelectasia (segmento, faka). El origen de esta atelectasia debe ser una obstrucción incompleta de un bronquio. Si esta obstrucción es consecuencia de un proceso inflamatorio crónico, mucosidad, o de un tumor incipiente, no se puede decidir radiológicamente. Para tuberculosis no hay ninguna señal radiológica. (Dr. Ernesto Cofiño U.). A su regreso de Guatemala apareció una **tu-moración, redonda, dura, indolora, en región supraclavicular dere-**



Figura N» 18

Colonia de Blastomices dermatitides en medio Sabouraud inoculado con el producto del lavado bronquial

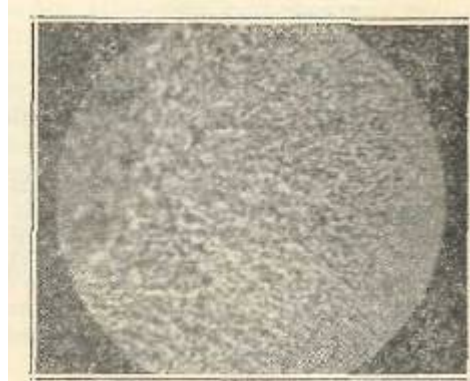


Figura N° 19

Ver explicación en el texto

cha, que algunos días después se ulceró dando salida a líquido seroso fluido y pus. Luego han seguido en base de cuello y tórax, otros elementos semejantes que se ulceran sin tendencia a cicatrizar. Como persistiera la los y fiebres se interna nuevamente en la misma clínica de Tegucigalpa, en donde con diagnóstico de Histoplasmosis, se comienza a tratar con ioduros y otros fármacos, haciéndose estudio radiológico de clavícula derecha, la cual no se muestra interesada por el proceso úlcero-supurante de dicha región.

Se envía al Dr. Marcial Fallas, de San José de Costa Rica, biopsia de la lesión supraclavicular y encuentra en un tejido de granulación, elementos de tipo parasitario de forma redonda compatible con hongo que no se identifica. El Dr. Alfonso Trejos, Jefe del Laboratorio Bacteriológico del Hospital San Juan de Dios, Costa Rica, estudió también los preparados y encontró elementos parasitarios que clasificó como Coccidioides immitis y sugirió la probabilidad de una Blasíomicosis, sin poder encontrar elementos en endosporulación que pudieran asegurar el diagnóstico.

Así las cosas, consulta a nosotros en febrero de 1952, en un estado de anarquía de diagnóstico y con aparición constante de nuevos elementos duros, ulcerados, subcutáneos en el cuello, tórax y miembros inferiores, habiendo recibido tratamientos diversos con Dermatológico y antibióticos en forma masiva.

Antecedentes Personales: Paludismo, Hemorragia, Resfríos comunes. Ha masticado tabaco, ingiere alcohol moderadamente.

Antecedentes Hereditarios: Padres muertos de causa ignorada, una hermana sana.

Examen Físico: Hiperesténico, facies normal, bien nutrido.

Cabeza

Cráneo

Nariz
Oídos
Nada especial.

Boca: Faltan piezas dentarias; algunas careadas; cavum algo congestionado.

Cuello: Elementos nodulares y adenitis gruesas cervicales indoloras, ulceraciones de bordes rojos despegados escrofulodermoideos con secreción de serosidad fluente cetrina, en número de cuatro, en regiones supraclaviculares y supraesternales.

Tórax: vibraciones disminuidas, vértice izquierdo doloroso a la palpación por elemento ulcerado cutáneo. Auscultación, respiración algo soplante en hilios.

Corazón: Normal.
Abdomen: Normal. Hígado
y Bazo: Normales. Genital:
Negativo.

Extremidades: Ulceraciones del tamaño de 20 y 50 centavos en número de dos en pierna izquierda. Aspecto atónico y retracciones en algunos sitios de los bordes.

Exámenes **Complementarios**: índice Ictérico, 15 unidades.
Eritrosedimentación, 60 milímetros en media hora. 99 milímetros en una hora.

Orina: Normal y pigmentos biliares en otra ocasión.
Kahn Standard: Negativa.
V. D. R. L: Positivo.

Homograma de Schilling: Eosinófilos.....	18%
Segmentados	58%
Monocitos	2%
Linfocitos	21%

Hematozooario.....Negativo.

Normotenso con Electrocardiograma, Normal.

Lo llevamos a nuestro servicio de Dermatología del Hospital

General San Felipe. Lo trasladamos al Sanatorio para que nos practicara lavado Bronquial, Mantoux y hacemos cutireacción con Cocci- I dioidina.

La cutireacción fue fuertemente positiva, provocando una reacción local intensa en el antebrazo, que se edematizó al doble con un eritema, interesando casi todo el antebrazo. Al mismo tiempo hubo reacción local, pues los elementos cutáneos se enrojecieron y edematizaron.

En el sedimento del lavado bronquial encontramos elementos redondeados con un tamaño aproximado de 50 mieras, algunos de los cuales presentaban franca endoesporulación.

Examen directo del pus de los elementos cutáneos nos reveló: Esférulas de pared gruesa con endoesporas algunas y otras no.

Comprobado nuestro diagnóstico, iniciamos tratamientos.

Martin y Smith (citados por Conant) han demostrado que los casos de Blastomicosis que han revelado gran sensibilidad al producto del hongo, son resistentes al tratamiento y pueden crecer rápidamente a pesar de la terapéutica iodada. Igual criterio hemos usado para tratar nuestro caso de Coccidioidosis, desensibilizando al paciente con dosis progresivas de Coccidioidina diluida en solución salina. Luego iniciamos terapia con Lugol e Hiposulfito de Sodio, 10 c. c. de cada uno por vía endovenosa durante seis meses diariamente, con períodos libres de un mes cada dos. A los seis meses, hay cicatrización total de elementos cutáneos y el estudio radiológico es normal.

5—BLASTOMICOSIS NORTEAMERICANA

Blastomicosis dermatítides es el nombre del agente causa! que produce lesiones granulomatosas y supurantes. Tiene predilección por la piel. Ataca también los pulmones y los huesos.

Estados Unidos y Canadá son los sitios en donde preferentemente se le encuentra. La primera comunicación se debe a Gilchrist en 1896 y la segunda, al mismo Gilchrist y Stokes. A Orsmy y Miller se debe el primer caso comprobado de Blastomicosis Norteamericana. Hay reportes en otros sitios de América, que sólo tienen valor relativo, por cuanto no han sido debidamente comprobados.

Hoekenga M. T. y Soto G. R. hicieron comunicación de un caso con Gilchristi sistemático y aportan datos que apoyan la tesis de que su afección fue contraída en Honduras (Revista Médica Hondureña, Vol. 20, N° 156, Septiembre y Octubre, 1951, pág N° 464).

Uno de nuestros pacientes, remitido a nuestro servicio por el Dr. Castillo Barahona, presentaba lesiones granulomatosas supurantes, en placas de diversos tamaños y contornos serpiginosos y centro con ligera tendencia a la cicatrización espontánea.

Las placas ocupaban ambos miembros inferiores desde los pies hasta las regiones glúteas, algunas muy exuberantes. Las fotografías números 15 y 16, nos muestran las lesiones. Cuadro Histológico con intensa acantosis, aspecto pseudoepiteliomatoso y microabscesos. No había invasión generalizada a otros órganos.

Blastomicina positivo. Fue tratado con sulfadiazina y lugol inyectado por vía endovenosa junto con hiposulfito de sodio, 5 c. c. de cada uno durante períodos de 20 días y descanso de 5 días. Se hicieron cuatro cursos, Electrocoagulación. En vista de la reacción fuerte a la Blastomicina hicimos un curso de desensibilización con Blastomicina, previa a Lugol.

Presentamos el corte histológico de un ganglio cervical de un paciente de la Sala Medicina de Hombres, que hemos estudiado en colaboración con el Dr. R.-Alvarado, y que adolece de afección pulmonar con aspecto clínico de tuberculosis, con disfonía, y que



Figura N° 20

Caso de **Esporotricosis** de miembro inferior derecho, hilo de sangre recorre la pierna



Esporotricosis de miembro superior en fase avanzada: úlceras escalonadas supurantes casi confluentes.

sugirió al Dr. R. Alvarado la conveniencia de estudio encaminado a identificar una afección micótica. En el preparado se ven elementos redondeados de doble contorno que corresponden a Blastomicos dermatitides.

Un centrifugado del producto obtenido por lavado bronquial nos mostró, en preparación fresca, numerosos elementos redondos de doble contorno sin endoesporas. El cultivo en medio de Sabouraud, a temperatura del Laboratorio, nos reveló una colonia algodonosa, blanca, típica. Encontramos Conidias piriformes y redondas en el estadio filamentososo del hongo, Fig. N° 19.

No tuvimos oportunidad de hacer reacción con Blastomicina en este paciente. Se encuentra actualmente en tratamiento.

Se desprende de lo anterior, que todos los Internistas que actúan en Honduras, sobre todo en región Noroeste, deben hacer estudio exhaustivo de los pacientes con afecciones sistemáticas para lograr establecer el grado de incidencia de tales Blastomicosis en nuestro país, y que dejemos de clasificar, a priori, todos los infiltrados pulmonares como siendo de naturaleza tuberculosa, sin un estudio completo.

De particular interés es mencionar que varios casos de la Blastomicosis que declaramos hoy, provienen de pueblos cercanos unos a otros como San Nicolás y Nueva Celilac, en el Departamento de Santa Bárbara. Otros provienen del centro y Sur del país.



Figura N° 21

Caso de **Histoplasmosis** de boca, deformidad en "Boca de Tapir" por infiltración edematosa de labios

6—ESPOROTRICOSIS

Esta micosis profunda no ofrece una novedad entre nosotros, pero vale la pena afirmar enfáticamente que tiene una incidencia elevada y se encuentra en todas las latitudes del país. En el transcurso de dos años, hemos observado 12 casos repartidos así: 6 en el Servicio de Dermatología del Hospital San Felipe, 3 en nuestro consultorio privado y 3 en el Consultorio Externo del mismo Hospital San Felipe.

La forma corriente de gomas en el trayecto linfático es la que hemos observado siempre, con ulceraciones profundas, bordes despegados, fondo sanioso y evolución muy favorable con el tratamiento iodurado. Queremos destacar el hecho sin embargo, que la poca costumbre de pensar en esta micosis ha hecho posible que pase desapercibida en gran número de casos, a algunos médicos que nos han remitido pacientes con diagnósticos de Sífilis Terciaría, cuando las ulceraciones ya han confluído y de Periflebitis en casos incipientes en que los gomas son aún muy chicos

Sporotrichun schenckii es el organismo causal de esta micosis de lesiones nodulares que se rompen dando ulceraciones indolentes. Gougerot ha encontrado una cepa de *Sporotrichun* patógeno para el hombre y que crece saprofito en las plantas, sobre

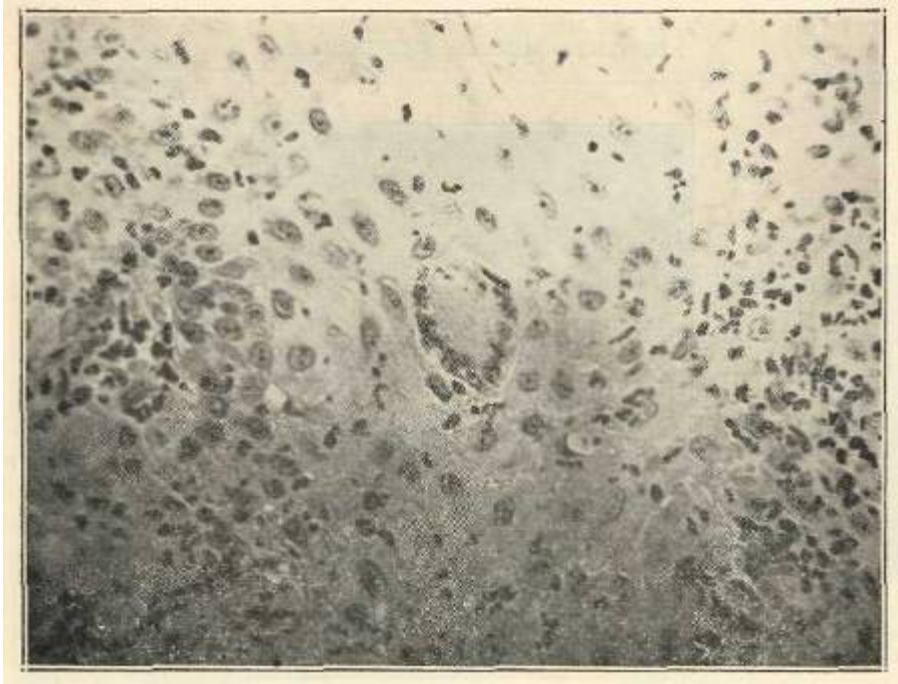


Figura No. 22 Célula gigante parasitada por Histoplasma, perteneciente al caso de la Fig. No. 21

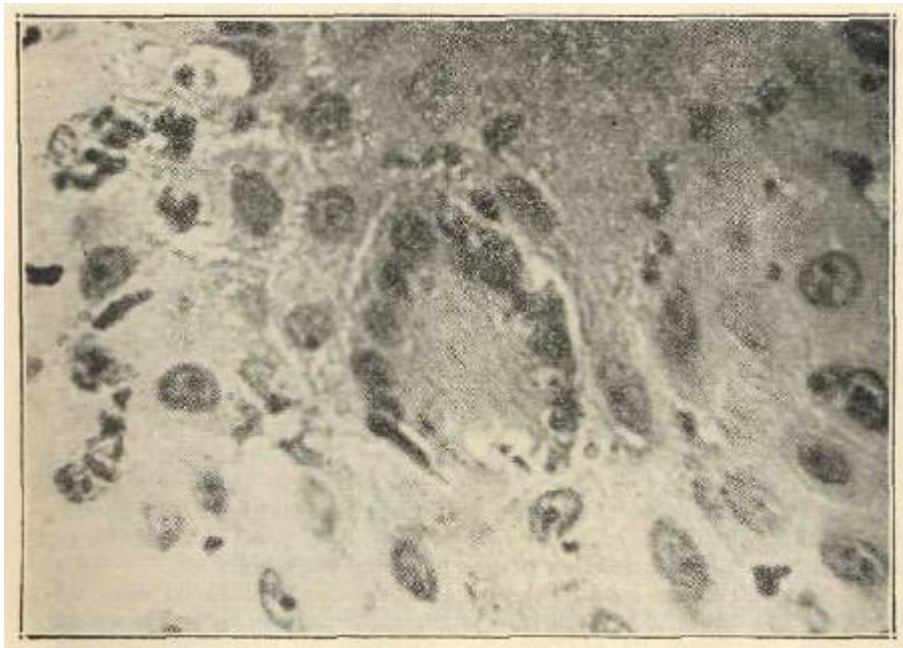


Figura No. 23 La misma imagen de la Fig. 22, a mayor aumento

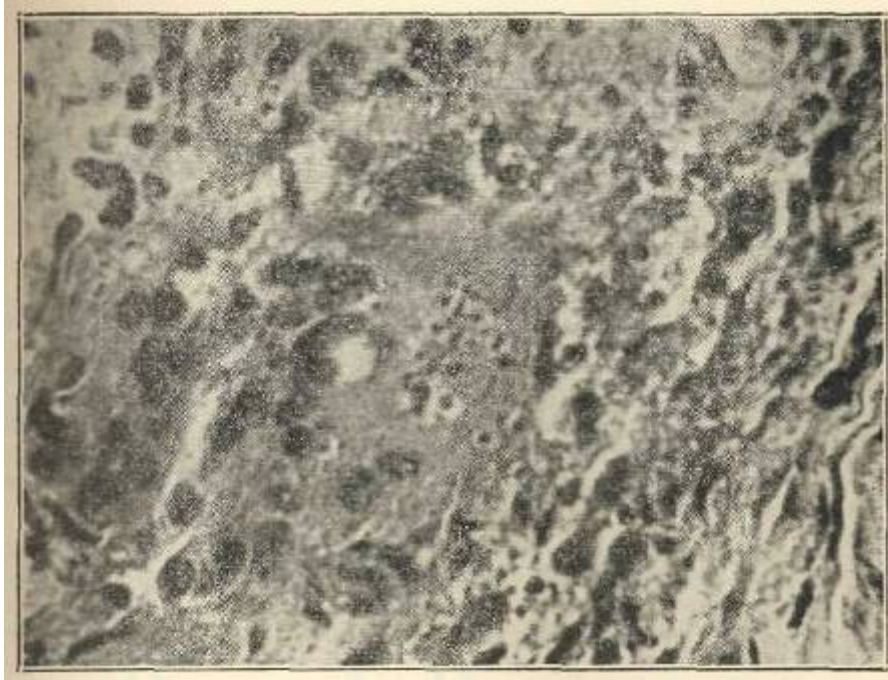


Figura N° 24

Grupo de Histoplasmas **capsulatum**, pertenecientes al mismo paciente de las Figuras 22 y 23



Figura No. 25 Intensa acantosis de la mucosa gingival del paciente de la Fig. No. 21

todo en los Alpes Franceses. En los Estados Unidos se han reportado casos de infección con *Sporoíríchun gougerotii*, como el reportado recientemente por Youn J. M. y Urlich E.

7—HISTOPLASMOSIS

Creemos estar en presencia de un caso de Histoplasmosis de velo del paladar, encías y labios en un paciente de 60 años, procedente del Departamento de Comayagua, que revela afección que comienza por pústula que se ulcera, en el paladar duro a la que sigue una infiltración granulomatosa del mismo y destrucción de la encía superior, con aspecto epiteliomatoso. Edema de ambos labios e hipertrofia ganglionar submaxilar, mal estado general y anemia moderada.

La figura número 21 nos muestra al paciente con su edema de labios. Las fotografías números 22 y 23, nos muestran a pequeño y gran aumento una célula gigante parasitada por microorganismos redondeados y la número 24, nos muestra Histoplasmas a mayor aumento. La número 25, expone intensa acantosis e infiltrado inflamatorio abundante.

No pudimos establecer categóricamente diagnóstico diferencial con Granuloma Paracoccidioidal, en este caso en el cual las formas parasitarias que hemos visto dentro de las células gigantes podrían corresponder a brotes de las células madres de un *Blastomices brazilensis*, pues Conant explica que hay cortes histológicos en los que se encuentran en tal profusión estas células chicas, en *f* el Granuloma Paracoccidioidal, sin encontrarse las células madres.

El paciente abandonó el servicio intespectivamente, no pudiendo terminar nuestra investigación que tiene por una parte semejanza objetiva con la célebre «Boca de Tapir» del Granuloma Paracoccidioidal y por otra parte un cuadro histológico que lo aproxima más a la Histoplasmosis.

En todo caso, el paciente nos ha revelado un campo para la investigación de estas micosis. Nuestra mayor satisfacción sería que este modesto aporte sirviera para inducir a nuestro gremio a la investigación de tan importante tópico de la patología hondureña.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Conant N. y colaboradores. Manual of Clinical Micology. Philadelphia and London. — W. A. Saunders. — 1945.
- 2.—Goldman L. — Herbert O'hara: Blastoraicosis Norteamericana, Revista Argentina de Dermatosifilología, Julio de 1950. Tomo 34, N° 2.
- 3.—Grinspan D. y Pereyra J.: Granuloma Paracoccidioides, Arch. Arg. Derm. Tomo II N° 3.

- 4.—Hoe-Kenga M. T. y Rodríguez Soto: Blastomycosis Norteamericana Generalizada.— Comunicación de un caso. Revista Médica Hondureña, Vol. XX, N: 156.
- 5.—Negroni P., Estudios sobre el *Coccidioides immitis*. Revista Argentina de Dermatosifilología, Julio a Dic. de 1948. Tomo 32, N° 72. Pág. 220.
- 6.—Nousitou. Cordero, Mon: Elementos de Dermatosifilografía. Buenos Aires.
- 7.—Ornsby O. y Montgomery H.: Diseases of the Skin, Lea y Febiger, Philadelphia, 1948.
- 8.—Pomposiello M.: Actinomicosis, Arch. Arg. Derm., Julio 1953, Tomo II, N° 3.
- 9.—Pomposiello M. y Cásala Augusto: Evolución de 2 casos de Granuloma Paracoccidioides, Arch. Arg. Derm., Octubre 1951, Tomo I. N° 1.
- 10.—Seoane M.: Micetoma Actinomicotico, Arch. Arg. Derm., Enero 1952, Tomo II, N° 1, Pág. 84.
- 11.—Youn J. M. — Urlich E. Sporotrichosis produced by *Sporotrichum gougerotii* Arch. of Derm. and Sphi. Enero 1953, Vol. 67. N° 1.