

## CROMOBLASTOMICOSIS

Producida por *Hormodendrum Pedrosoy*, *Hormodendrum compactum* y *Phialophara verrucosa*, forma vegetaciones papilomatosas prominentes que a veces se ulceran y que se localizan preferentemente en las extremidades inferiores, habiéndose informado casos en cara, tronco y cabeza, aunque raramente.

Ha sido observada en:

Estados Unidos de Norte América .....	9 casos,
Cuba .....	43 “
Brasil .....	49 “
Costa Rica.....	34 “
Puerto Rico.....	15 “
África del Sur.....	12 “
Venezuela.....	9 “
Rusia.....	5 “
Indias Orientales Holandesas .....	4 “
Japón.....	3 “
Argelia .....	2 “
Argentina.....	2 “
Australia .....	2 “
Rhodesia.....	1 “
República Dominicana .....	1 “
Guatemala .....	1 “
México .....	1 “
Canadá.....	1 “
Paraguay .....	1 “
Uruguay .....	1 “
Zona del Canal .....	1 “

Nos hemos extendido enumerando la distribución geográfica porque de los países centroamericanos, Costa Rica es el que más casos ha informado y se ha colocado en el tercer lugar en el mundo con treinta y cuatro casos recopilados por A. Romero y A. Trejos, desde el primer caso publicado por Salisbury a 1928, equivocadamente llamado «Pie musgoso», pasando por los casos de Rotter y Peña Chavarría en 1933 y 34, respectivamente, hasta llegar a treinta casos más estudiados por los autores citados, quienes han obtenido cultivos y uno de ellos (A. T.) está llevando a cabo estudio comparativo desde el punto de vista biológico, ecológico, morfológico y taxonómico. Nosotros ya hemos informado 3 casos en el trabajo aludido al principio. Agregando ahora un caso más de pie (interesando la planta, cuya localización no hemos leído antes) y pierna que presentaba, además de las lesiones verrucosas típicas, elementos de aspecto queiloideano que nos hicieron pensar en la rara blastomicosis queiloideana o Enfermedad de Lobo, que ya ha sido informada en Costa Rica, por primera vez y fuera de la región amazónica por A. Trejos y A. Romero. Pero la comprobación de las células fumagoides

típicas en el pus de las lesiones y en los cortes histológicos nos confirmó una cromoblastomicosis.

El cuadro de Carion y Silva, 1947, ha sido pues, modificado con los datos sobre blastomicosis en Costa Rica, y debe ser modificado con los datos que aportamos ahora de Honduras y con los de Howles J. K. y colaboradores del Departamento de Dermatología y Sifilología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Louisiana, quienes informan que ya son 12 los casos de cromoblastomicosis informados en los Estados Unidos, más 9 casos que informan ellos del propio Estado de Louisiana.

Las manifestaciones cutáneas son polimorfas: nodular tumoral, verrucosa en placa, cicatrizal, tuberculoide, sifiloide, psoriasiforme y elefantíasea. La localización de los casos hondureños es la siguiente:

Dorso de mano y antebrazo derecho.....	1
Dorso de ambos pies .....	1
Rodilla izquierda y costado derecho .....	1
Pierna y pie izquierdo .....	1

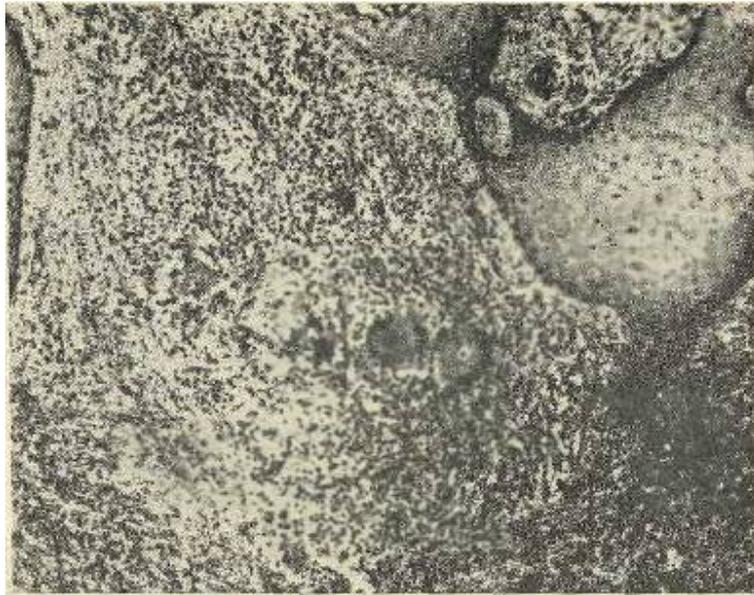
Las formas clínicas observadas son: forma vegetante o papilomatosa húmeda, forma verrucosa o papilomatosa seca y cicatrizal.

El caso con lesiones de dorso de mano y antebrazo derecho ha presentado posteriormente una placa vegetante en el dorso del pie derecho con una adenopatía inguinal provocada por el mismo micro-organismo. El caso con lesión en el costado presentaba una placa única en dicho sitio muy vegetante y muy húmeda. El caso con lesión en pierna y pie corresponde a la forma papilomatosa seca y húmeda; obsérvense en las figuras correspondientes la invasión de la planta del pie.

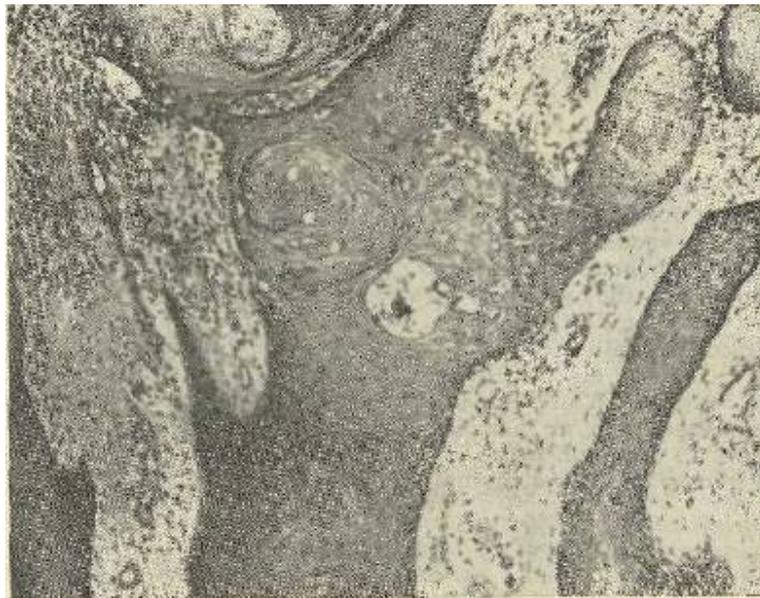
#### **Tratamiento:**

Hemos usado la electrocoagulación y el yoduro de potasio a grandes dosis por boca, así como Lugol con Hiposulfito de Sodio por vía endovenosa, sulfapiridina, diazona y dietilestilbestrol, sucesivamente en nuestro primer caso de mano y antebrazo, obteniendo al cabo de dos años y medio, curación casi total en el miembro superior pero apareciendo las lesiones de dorso del pie que habíamos apuntado con diseminación linfática a pesar del tratamiento.

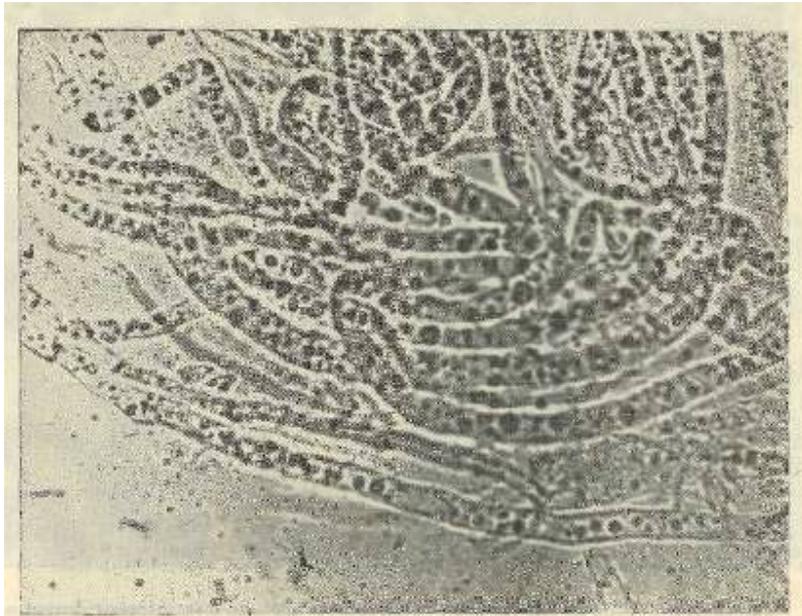
Usamos electrocoagulación radioterapia e yoduros en el caso con lesiones en el costado, obteniendo cicatrización completa entre tres meses, pero no hemos podido controlar posteriormente al paciente. El caso con lesiones de pierna y pie fue apuntado después del fracaso de los tratamientos mencionados.



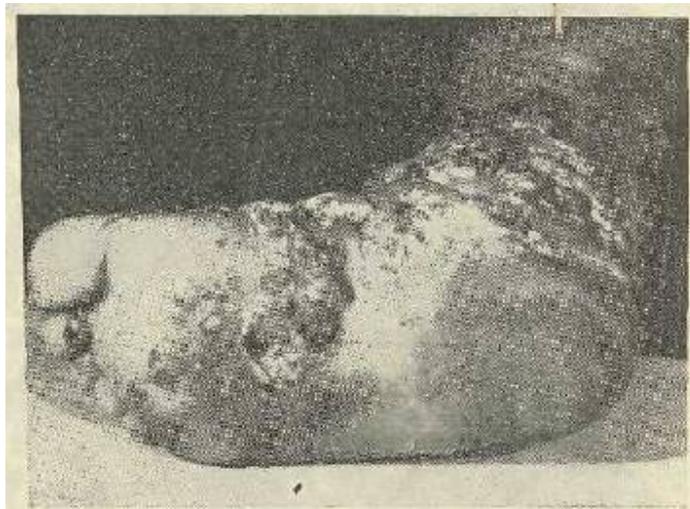
Cromoblastomycosis a pequeño aumento se ven los hongos dentro de una célula gigante



Se observa intensa acantosis y hongos dentro de un microabsceso



**Extensión de un cultivo de cromoblastomicosis. El extendido muestra un aspecto inaracterístico: muchos vacuolos grasos**



**Invasión plantar de lesiones de cromoblastomicosis. Esta localización es rara**



Cromblastomycosis y cicatrices en 2 años de tratamiento



Aspecto de cicatrización en cromblastomycosis de mano, en tratamiento



### COCCIDIOIDOMICOSIS

Su agente causal tiene forma esférica, endosporulada, 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 y también por inhalación.

Produce gomas, ulceraciones, abscesos, tumores fungosos, etc. Se localiza en cualquier parte del organismo.

Puede llegar a la caquecía y a la muerte en corto plazo. Coccidioides immitis es el nombre de su agente causal y es altamente contagioso.

La coccidioidomicosis, llamada también enfermedad de Pozadas-Wernicke, fue descrita por primera vez en la Argentina; el foco más grande que se conoce en la actualidad es el Valle de San Joaquín, en California. Algunos casos se han informado de Inglaterra y Nuevo México. Varios de la Argentina. Últimamente han sido informados dos casos en Venezuela por Campins, quien encontró un 10.4% de reactores a la coccidioidina, entre 6.166 individuos del Estado de Lara. Menesses L. S. encontró 6% en Pomasqui, entre 100 escolares y ninguno entre 240 individuos de Quito. Hoe-Kenga y

la Revista de Biología Tropical (Vol. 1, fascículo 1, julio de 1953) y que recibiéramos en diciembre de 1953, la comprobación del Diagnóstico a que habían llegado ampliamente los autores, según consta en su valioso trabajo (Dres. A. Castro y A. Trejos).

Cuando el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Felipe dispuso de equipo de microfotografías y a medio tratamiento a nuestro paciente iniciamos investigaciones, de tal naturaleza concluyentes, que aseguran la validez de nuestra primera comunicación sobre este primer caso centroamericano de coccidioidomicosis, para cuya investigación no hemos contado sino con nuestros pocos conocimientos, ya que el caso amerita profundos conocimientos sobre micología y técnicas de laboratorio, como los que posee el Dr. Alfonso Trejos, de Costa Rica, quien junto con Castro A., han contribuido mucho a establecer definitivamente la existencia de la Enfermedad de Pozada en Honduras.

En las figuras adjuntas se podrán ver un cultivo típico de coccidioides inmitis en medio de Saboureaud, elementos típicos redondeados en endoesporulación en el pus en fresco de las fístulas, lo mismo que en el pus del testículo de conejo inoculado con pus de una fístula y también inoculado con el cultivo de Saboureaud.

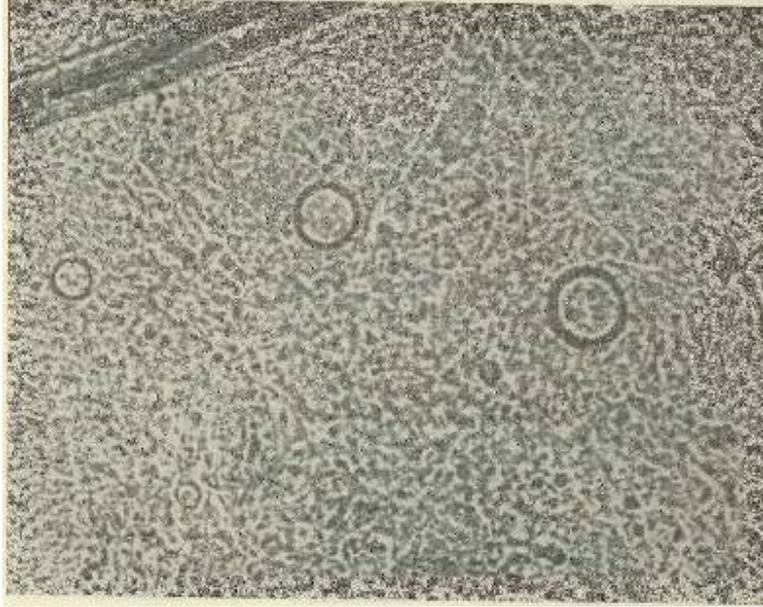
Se notarán también la segmentación de las hifas en artroesporos con paredes espesas de cultivos en Saboureaud a la temperatura ambiente. Podrán observarse también coccidioides inmitis típicas en cortes histológicos de testículo de conejo de diversos aumentos, así como microabscesos en el mismo.

El hígado del conejo mostró zonas de fuerte necrosis, aunque no pudimos encontrar coccidioides en los cortes de esa glándula.

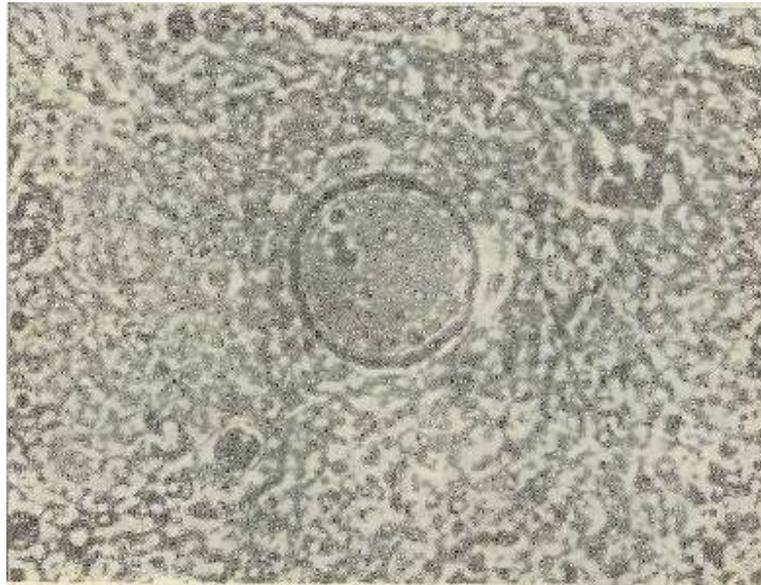
Los otros datos concernientes a la historia clínica, examen físico y exámenes complementarios de laboratorio, se encontrarán en nuestra primera comunicación. Deseamos destacar por último, el estudio radiológico de los pulmones que se practicó en la clínica «Centro Médico Hondureño», cuando consultó el paciente por primera vez. El informe es del 11 de febrero de 1950 y dice: Área de marcada opacidad no homogénea y de mal definidos contornos en la región hiliar derecha, con irradiaciones bronquiales hacia la periferia y hacia el aspecto superior del pulmón. El proceso es bilateral, pero mucho menos acentuado en el pulmón izquierdo. Impresión: Pulmonía atípica.

El último examen radiológico de pulmones de fecha 15 de junio de 1954, dice: Marcada disminución del área densa descrita en el aspecto medio del pulmón derecho. Persiste el ensanchamiento hiliar y se notan calcificaciones de aproximadamente 0.5 mm. de diámetro en ganglios parabronquiales derechos.

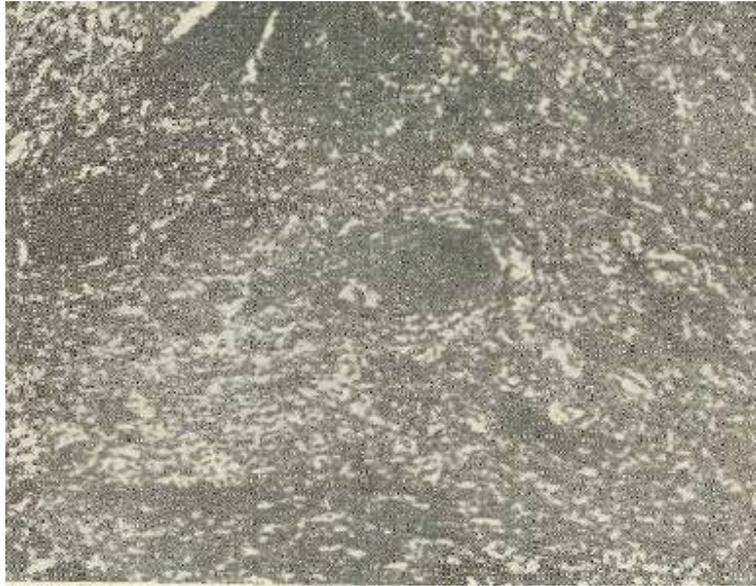
El paciente ha seguido en observación por quince días más y tratado con Lugol e Hiposulfito de sodio, persistiendo únicamente una fístula en la pierna izquierda poco productiva. El estado general es bueno.



Pus de fístula del paciente, en fresco, muestra varios elementos típicos de coccidioides immitis



Un elemento grande coccidioides immitis en extensión fresca de pus del testículo del conejo inoculado con pus de nuestro paciente



Microabscesos en testículo de conejo inoculado con pus de paciente con coccidioidosis



Obsérvese la endoesporilación de un elemento de coccidioidis en corte histológico de fístula del paciente



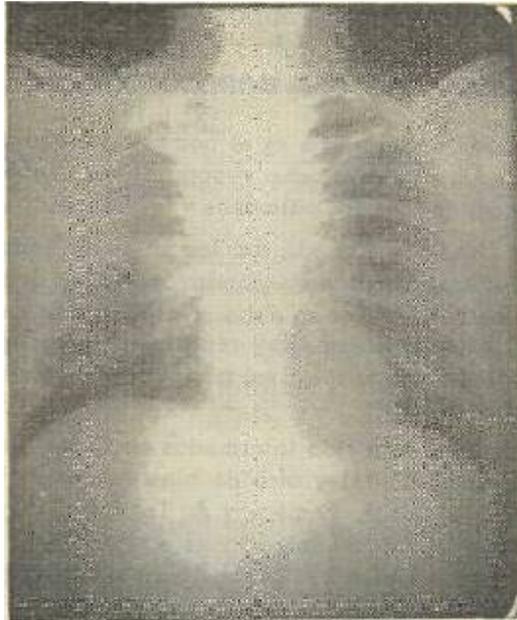
A gran aumento se observa mejor la endoesporilaci



Extensión en fresco de cultivo de *Coccidioides immitis*. Se observa bien la segmentación de las hifas artrosporos oblongos.  
Glyucosa agar de Sabouraud



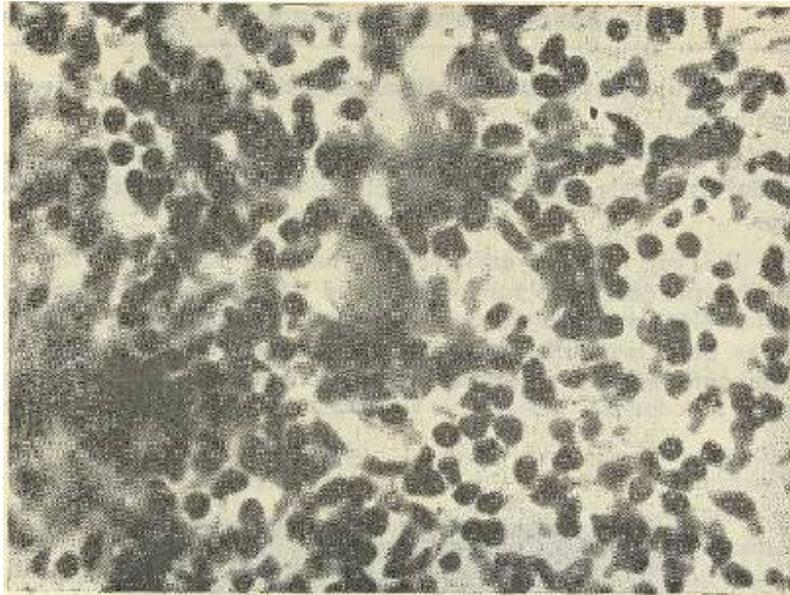
Fístulas en pierna de paciente con coccidioidosis



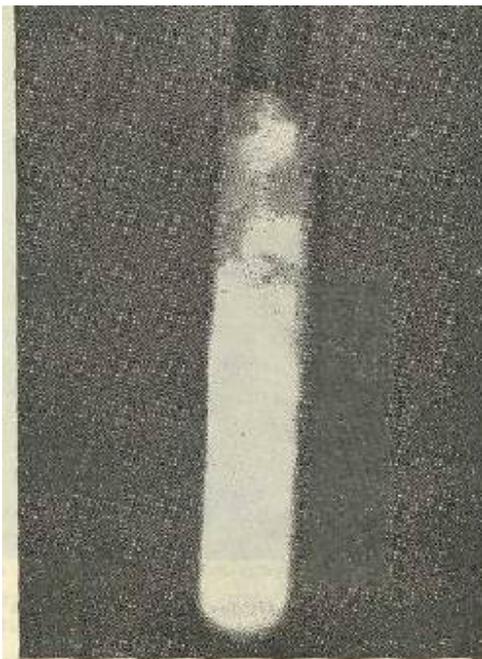
Radiografía de pulmones del 11 de febrero de 1950, en donde se nota «área marcada opacidad y mal definidos contornos en región hiliar derecha con irradiaciones bronquiales hacia la periferia. Proceso menos acentuado en pulmón izquierdo



Fístulas cervicales en paciente con coccidioidosis



Corte histológico de un ganglio linfático de un paciente con blastomycosis pulmonar. Nótese blastomices dermatitides en el centro



Cultivo en Sabouraud de pus de elementos de blastomycosis americana



Blastomicosis norteamericana de miembros inferiores. Nótese otra placa en antebrazo derecho

### ESPOROTRICOSIS

No ofrece ninguna novedad entre nosotros, pero vale la pena afirmar que tiene una incidencia elevada y se encuentra en todas las latitudes del país. En el tiempo a que se refiere este trabajo, hemos observado 12 casos repartidos así: 6 en el Departamento de Dermatología del Hospital San Felipe; 3 en nuestro Consultorio; y 3 en la Consulta Externa del mismo Hospital San Felipe.

La forma corriente de gomas en los trayectos linfáticos, es la que se observa con más frecuencia. Queremos destacar el hecho de que la poca costumbre de pensar en esta micosis, hace que pase desapercibida para muchos médicos generales en nuestro ambiente, pues nuestro servicio los ha recibido con los más variados diag-

Hemos observado 3 casos de Chancros Gigantes, 2 casos Ulcero-Queloides, 2 casos Eritemato Escamosos. Los 5 restantes del

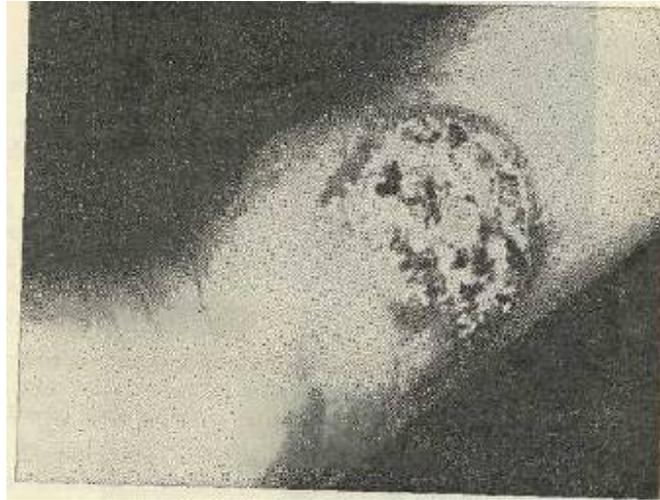
tipo gomoso de propagación linfática (seguimos la clasificación del Dr. Pedro Lavalle, de México). Siempre que nos ha sido posible, hemos hecho la intradermo-reacción con una dosis de O.l.c.c. de Esporotricocina, muy usado en México e introducido por el Dr. González Ochoa.

Benavides González J. ha ubicado a la Esporotricosis entre las enfermedades ocupacionales en México, atacando a los trabajadores de alfarerías, máxime que la reinfección puede presentarse después de curada la enfermedad.

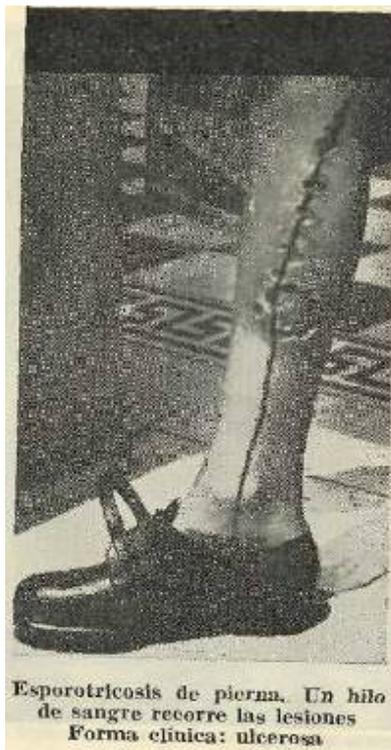
Gougerot ha encontrado una cepa de Sporotrichum patógeno para el hombre y que crece saprofita en las plantas, sobre todo en los Alpes franceses. En los Estados Unidos hay casos de infección con Sporotrichum gougerotii, como el reportado recientemente por Youn J. M. y Urlich E.



Esporotricosis gomosa  
Chancre de inoculación en dedo índice



Esporotricosis Forma  
clínica: carcinomatoide



Esporotricosis de pierna. Un hilo  
de sangre recorre las lesiones  
Forma clínica: ulcerosa



Esporotricosis Forma  
cicatrizal-retraetil



Esporotricosis Forma  
clínica: carcinomatoide