

DERMATOLOGÍA

Incidencia de la Blastomicosis Sur Americana en Honduras

*Por los Dres. EDUARDO FERNANDEZ h. y HÉCTOR LAINEZ N. ***

I N T R O D U C C I Ó N

El principal propósito de este trabajo es informar los 5 primeros casos debidamente comprobados de Blastomicosis Sur Americana en Honduras.

Aunque este informe consiste de un pequeño número de pacientes procedentes de diversos rincones del país; es bastante probable que exista un volumen mayor de enfermos con esta dolencia distribuidos por toda la república que pasen completamente ignorados sin poseer un diagnóstico correcto y mucho menos un tratamiento apropiado. Tal estado de cosas no; ha impulsado a elaborar un concienzudo estudio clínico estadístico de esta micosis profunda en Honduras.

S I N O N I M I A S

Enfermedad de Lutz-Splendore-De Almeida, Granuloma Paracoccidioidal, Paracoccidioidomicosis, Enfermedad de Lutz.

D E F I N I C I Ó N

Es una enfermedad granulomatosa, de curso crónico propia del hombre, que afecta la piel, las membranas mucosa, los ganglios linfáticos y las vísceras internas siendo causada por un hongo patógeno de aspecto levaduriforme, el *Paracoccidio-des o Blastomyces Brasiliensis*.

H I S T O R I A

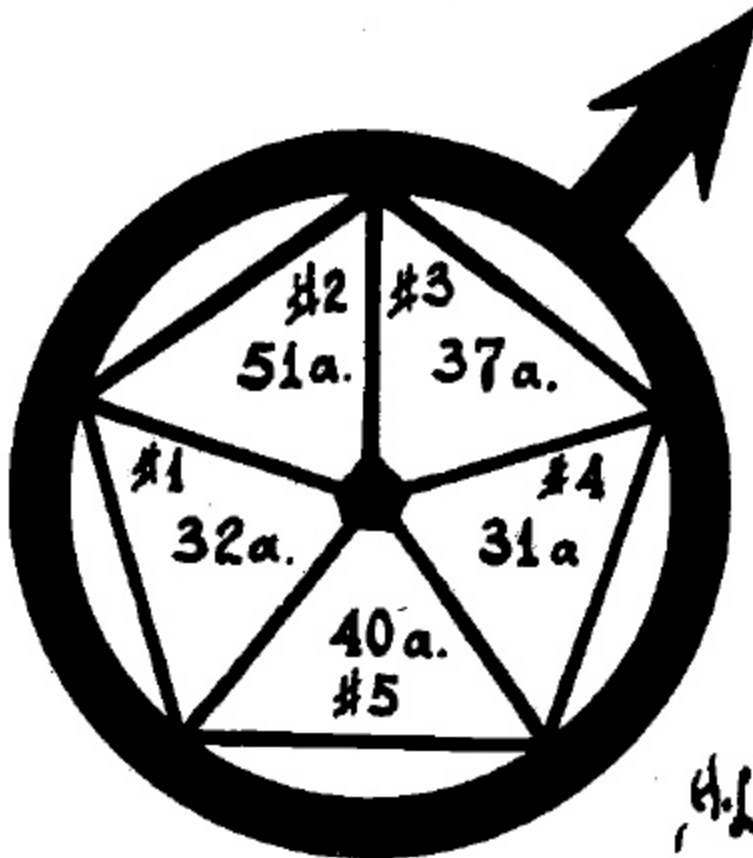
En el año de 1906 Lutz describió por primera vez esta enfermedad en el Brasil, habiendo publicado en aquella oportunidad un caso de granuloma paracoccidioidal, que él pensó era debido a un hongo invasor semejante al *Goccioides-immitis*.

Chavarría, Bonilla, Díaz y Castro-Jenkins, describieron el primer caso Centroamericano en Costa Rica en 1949. (1)

* Los autores agradecen a los Dres. Edmundo Poujol y Raúl Durón M., por la valiosa colaboración prestada, sin la cual no hubiese sido posible el desarrollo de este trabajo. Al primero en el aspecto mico

** Servicio de Dermatología del Hospital General de Tegucigalpa, Honduras, C. A. lógico y al segundo en el histopatológico.

-CASUÍSTICA-



H.L.

-LABRADORES-

Tejada, Lizama y Ordóñez, presentaron los dos primeros casos Guatemaltecos en el II Congreso Centroamericano de Dermatología en 1959. (2)

Maselli Porras, en su tesis doctoral de mayo de 1963, dio una información detallada de los únicos 8 Pacientes descubiertos en Guatemala desde 1958 hasta el año en referencia. (3)

Uno de nosotros (Fernández h., E.) dio a conocer por vez primera la existencia de esta micopatía en Honduras durante el III Congreso Centroamericano de Dermatología realizado en Tegucigalpa en 1961. (4) Desde ese entonces hasta la lecha actual, la casuística hondureña se ha visto enriquecida con cuatro nuevos casos totalizando un número de 5, que son los que ahora constituyen la serie objeto, de este estudio; recalcando el hecho, de que todos los pacientes son autóctonos y debidamente confirmados por biopsia y estudios micológicos.

En las repúblicas de El Salvador, Nicaragua y Panamá no se tiene noticia de la existencia de esta entidad nosológica.

Perry et al. en 1954 dieron cuenta del primer y único informe en los Estados Unidos de Norteamérica; aunque parece ser, que el paciente por ellos mencionado adquirió la enfermedad en la América del Sur. (5)

Por lo que antecede podemos deducir que esta micosis se presenta practicamente en la mayor parte de los países latinoamericanos, incluyendo a México, en donde según referencias esta enfermedad ya ha sido descrita, completando hasta el presente un total de 6 casos reportados. (6)

M I C O L O G I A

El hongo patógeno responsable del padecimiento es el *Blastomyces* o *Paracoccidioides Brasiliensis*. Este hongo crece como levadura en cultivos a 37°C, teniendo una particularidad muy importante, cual es, la presencia de múltiples gemas periféricas (Budding) alrededor de la célula central; esta característica establece la diferencia con el *Blastomyces dermatitidis* que causa la Blastomycosis Norteamericana o enfermedad de Gilchrist, el cual por el contrario, solamente presenta una sola forma de gemación periférica.

El *Paracoccidioides Brasiliensis* crece en medio Sabouraud a temperatura ambiente, desarrollándose muy lentamente (propiedad distintiva). La colonia es de aspecto membranoso o cerebriforme, presentando un penacho de micelios con la tendencia a tornarse color café oscuro en los cultivos antiguos. Este cultivo puede transformarse en la fase de levadura (Yeast Like), resemebrándolo en medios frescos incubados a una temperatura de 37°C y permitiendo de esta manera su fácil identificación. (7)

El hongo puede ser demostrado al examen directo en KOH de las muestras obtenidas de las lesiones ulcerogranulomatosas de las mucosas o del pus de los ganglios linfáticos invadidos, apareciendo como elementos esféricos de pared gruesa con múltiples gemas periféricas más pequeñas, impartiendoles un aspecto que recuerda a "la rueda timón de un barco" y teniendo aproximadamente un diámetro que varía de 10 a 60 mieras. (8)

En cuatro pacientes de este grupo, el hongo fue aislado en muestras de fragmentos de tejido procedente de encía, amígdalas, velo del paladar y ganglios linfáticos sembrados en el medio corriente de Mycocele (Ver Cuadro N» 1.

<i>Casos</i>	<i>Obtención del Hongo:</i>
CASO No 1.....	FRAGMENTO DE ENCÍA
CASO No 2.....	PUS DE FÍSTULA CERVICAL
CASO No 3.....	GANGLIO CERVICAL
CASO No 4.....	FRAGMENTO DE AMÍGDALA
CASO No 5.....	GANGLIO CERVICAL

Hasta ahora han sido infructuosas las tentativas para demostrar el hábitat natural del *Paracoccidioides brasiliensis*.

No ha sido posible el aislamiento de este hongo, ya sea del suelo o de diferentes vegetales; existiendo sin embargo, la creencia de que el hongo proviene con toda seguridad de una fuente exógena. (9)

Es digno de traer a colación los experimentos realizados por Lacas en 1960, quien logró cultivar el *Blastomyces brasiliensis* en un medio artificial formado a expensas de diversas plantas brasileñas. (10)

Por otra parte, ha resultado imposible hasta el momento demostrar, la transmisión directa de la enfermedad del hombre a hombre o de los animales al hombre.

INCIDENCIA Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

La enfermedad presenta la más alta incidencia en Sur América, especialmente en el Brasil, donde fue descrito originalmente por Lutz en 1908 y Splendore en 1910.

Cada día se tiene conocimiento de nuevos casos en los demás países iberoamericanos (Centroamérica y México).

El predominio en individuos pertenecientes al sexo masculino en relación al sexo femenino es bastante manifiesto, existiendo una proporción de 11 a 1. (9)

La micosis de Lutz predomina en personas procedentes de áreas rurales, sirva de ejemplo ilustrativo esta tesis en donde la incidencia rural fue de un 100%. (Ver cuadro N° 2).

P A T O G E N I A

La puerta de entrada del hongo patógeno en el organismo humano aún no ha sido bien establecida, sin embargo todo parece indicar que la mucosa orofaríngea es la vía de penetración más común. Azulay en su tesis doctoral en 1950, confirmó este aserto al demostrar que el 87.5% de sus enfermos tenían esta vía de acceso. (11)

Además es factible que exista la inoculación primaria del tracto intestinal inferior causada por la ingestión del hongo parásito; esto explicaría los casos en los cuales solamente se observa compromiso abdominal de la enfermedad (Lima en una serie de 55 enfermos en 1952, informó un 14.5% de lesiones intestinales). (12)

La penetración de microorganismo a través de la mucosa ano-rectal ha sido también observada por Sodré y Cerrutti en 1939; y por Monteiro y Fialho en

1940. Esto parece ser debido a la costumbre que tienen algunos campesinos en usar como sustituto del papel las hojas de ciertas plantas en la higiene de la región anal.

(13)

La inoculación Primaria en piel es sumamente rara; en efecto, en la extensa revisión bibliográfica hecha por nosotros, únicamente encontramos un paciente referido por Ramos e Bilva en 1952, que presentaba la lesión de inoculación primaria en la piel de la región infra umbilical del abdomen. (14).

La inversión de los pulmones en la enfermedad de Lutz-Splendore De Almeida es bastante frecuente (Furtado cita de un 56 a un 94%). La mayoría de los autores sur americanos se inclinan con mucha lógica a creer que la invasión pulmonar es secundaria a una discriminación del hongo por las vías hematógena y linfática.

La inoculación primaria pulmonar por inhalación de esporas es considerada por estos mismos autores como muy poco frecuente.

Una vez que el hongo ha invadido el organismo por cualquiera de las puertas anteriormente descritas, Puede llegar a diferentes órganos por diversas rutas.

De las lesiones orofaríngeas la enfermedad se extiende a las estructuras anatómicas vecinas por contigüedad, pudiendo además de las vías canaliculares naturales invadir la laringe y los pulmones.

Aparte de la indudable preponderancia de la diseminación linfangítica, no se ha demostrado sin lugar a dudas, la propagación hematógena al demostrar la presencia del microorganismo en la sangre de enfermos que adolecen de esta micosis. (15).

Todo parece indicar la indiscutible potencialidad sistémica de esta enfermedad, al comprobar en estudios post-mortem: lesiones en el hígado, páncreas, bazo, corazón, huesos, genitales, sistema nervioso central y glándulas suprarrenales.

De todo lo antedicho resulta a todas luces admisible, que la micosis de Lutz no es del dominio exclusivo del dermatólogo; por el contrario, dada su tendencia a invadir múltiples órganos y sistemas, es una enfermedad, de la cual están en obligación de conocer con detalle y estar conscientes de su existencia el otorrinolaringólogo, neumotisiólogo, el internista, el cirujano de tórax, el gastroenterólogo, etc., etc.

DATOS CLÍNICOS

Una de las clasificaciones clínicas más aceptadas es la elaborada por De Almeida y colaboradores que distingue: a) una forma cutaneomucosa, b) una forma linfangítica, c) una forma visceral, y d) una forma mixta. (7)

Siguiendo esta clasificación pasaremos a describir cada una de sus formas:

A) BLASTOMICOSIS CUTANEOMUCOSA:

Esta. variedad es probablemente la más común. La lesión primaria se encuentra a menudo en los labios, lengua, paladar, cara interna de las mejillas y de la nariz, haciendo hincapié en que las lesiones primarias exclusivas de piel, son raras.

Por regla general, la afección se inicia con una pápula en la mucosa, que se ulcera rápidamente, teniendo una coloración eritematosa o amarillenta. Las úlceras invaden los tejidos profundos formando abundante tejido granulomatoso que puede causar destrucción completa de las estructuras vecinas llegando hasta la mutilación de la úvula, cuerdas vocales, epiglotis, etc.

Los ganglios linfáticos regionales (submaxilares y cervicales) se hipertrofian rápidamente en la totalidad de los casos. Tres de los 5 pacientes de nuestra serie Presentaban este tipo de patología con destrucción de la epiglotis y cuerdas vocales inclusive. (Ver cuadro N^o 3)

BLASTOMICOSIS S. AMERICANA

1.—Adenopatía					
a) Cervical	x	x	x	x	x
b) Axilar					x
2.—Anorexia	x	x		x	
3.—Artralgia			x		
4.—Disfagia	x	x		x	
5.—Disnea			x		x
6.—Fiebre Moderada	x	x	x	x	x
7.—Hemoptisis					
8.—Pérdida de peso	x	x		x	x
9.—Ptialismo	x	x		x	
10.—Tos	x		x		x
11.—Ulceraciones					
Mucosas					
a) Boca	x	x		x	
b) Laringe	x	x		x	

Por lo doloroso y molesto de las lesiones el paciente presenta notable disfagia que dificulta la ingestión de alimentos.

Nos parece oportuno mencionar la llamada Blastomycosis Queloidea o Enfermedad de *Jorge Lobo*, que se presenta entre los indígenas de la cuenca del río Amazonas.

B) BLASTOMICOSIS LINFANGITICA:

El rasgo clínico relevante de esta variedad es la hipertrofia masiva de los ganglios del cuello llegando al extremo de poder confundirse con un linfoma (Enf. de Hodgkin)

Aparentemente el hongo atraviesa la mucosa orofaríngea sin producir lesiones ulcerogranulomatosas visibles, dando lugar única y exclusivamente a la formación de enormes masas ganglionares cervicales que más tarde pueden fistulizarse y ulcerarse.

C) BLASTOMICOSIS VISCERAL:

En esta variedad clínica la vía de penetración del hongo es la digestiva, encontrándose las lesiones a nivel de la región cecoapendicular aunque pueden encontrarse también a todo lo largo de las paredes intestinales.

Como su nombre lo indica en la forma visceral el *Paracoccidioides brasiliensis* puede diseminarse. Por la vía hematogena e invadir cualquier órgano o sistema y en manera especial los pulmones en un 80% aproximadamente. ;

Es digno de mencionar que Lima en una revisión de 33 casos autopsiados de esta entidad nosológica encontró invasión de las glándulas suprarrenales en 7 de ellos (21.2%).

Torres et al. hicieron la primera descripción histopatológica detallada de las lesiones suprarrenales en esta micosis.

Los hallazgos prominentes consisten en necrosis con caseificación consecutivas a isquemia local por embolia de células micóticas en el tejido suprarrenal.

Assis y colaboradores en un estudio de 8 casos de Enfermedad de Addison observados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, encontraron 2 de ellos con Blastomicosis Suramericana todo lo cual indica la correlación que puede existir entre la Enfermedad de Addison y esta micosis como posible causa de la misma. (16)

D) BLASTOMICOSIS MIXTA:

Debido a su polimorfismo y el hecho de existir una mezcla de patología en diferentes órganos y sistemas esta variedad incluye todos aquellos casos que no pueden ser clasificados en las variedades anteriores.

Por otra Parte, vale la pena consignar la coexistencia en un mismo paciente de Blastomicosis Suramericana y Leishmaniasis mucocutánea americana. (17)

La asociación de Paracoccidioidomicosis con tuberculosis y con Moniliasis sistémica, aunque bastante rara ha sido también objeto de informes por autores • suramericanos. (18)

I N M U N O L O G Í A

Se ha demostrado la presencia de anticuerpos en el suero de pacientes con infección sistémica por *Paracoccidioides brasiliensis*.

De acuerdo con Lacaz estos anticuerpos pueden estar ausentes en enfermos que tienen una infección muy autolimitada.

Las pruebas serológicas de fijación del complemento han evidenciado alguna utilidad práctica para seguir la respuesta favorable de estos pacientes a la sulfaterapia.

Fava Netto C, y Fafael, A. han evaluado experimentalmente el empleo de una reacción intradérmica con polisacáridos obtenidos de *Paracoccidioides brasiliensis* para el diagnóstico de esta micosis, llegando a la conclusión de su relativo valor diagnóstico en vista de la gran cantidad de reacciones falsas Positivas y falsas negativas que se presentan con esta cutireacción. (19)

HISTOPATOLOGÍA

En los cortes histológicos, la dermis por lo general demuestra un infiltrado de tipo granulomatoso-tuberculoide con formación de células gigantes tipo Langhans o bien tipo cuerpo extraño.

Es frecuente además, observar la presencia de microabscesos en los cuales puede encontrarse el hongo, el cual puede también ser visto en el interior de las células gigantes.

El microorganismo es fácil de ser identificado con coloración de hematoxilina y eosina y mejor aún con la coloración periódica ácida de Schiff o bien con la coloración de Grocott y Gomori.

El hongo *Paracoccidioides brasiliensis* adopta en las secciones histológicas dos aspectos morfológicos; una con múltiples gemas periféricas que es la forma característica, y otra con una gemación única o sin ella que es difícil de diferenciar del *Blastomices dermatitidis*. (6)

TRATAMIENTO

Oliveira Ribeiro tiene el mérito de haber sido el primero que demostró la eficacia de las sulfas en esta enfermedad.

La experiencia acumulada por la gran mayoría de autores Suramericanos pone en evidencia que la sulfadiazina, la sulfamerazina y sulfametoxipiridazina son las drogas de elección en el tratamiento de esta rebelde dolencia, haciendo especial énfasis en que las curaciones logradas son clínicas y no bacteriológicas y que estas drogas actúan como fungistáticos y no como fungicidas.

Informes recientes (17) han demostrado el innegable valor terapéutico de la anfotericina B sin embargo, es necesario para poder valorar la eficacia de este antibiótico, adquirir una mayor experiencia en el manejo del mismo, ya que no podemos echar en saco roto lo delicado de su empleo sobre todo; en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Sempaio (20) en su reciente informe concluye al referirse al valor de la anfotericina B en los siguientes términos "este tratamiento constituye un arma terapéutica extremadamente eficaz contra la Blastomycosis Suramericana".

Nosotros no podemos emitir una opinión favorable respecto a la Anfotericina B, ya que nuestro conocimiento de esta droga en el tratamiento de esta micosis es bastante reducido.

CASUÍSTICA

A continuación resumimos las historias clínicas de los 5 Pacientes objeto de este trabajo (Ver cuadro N^o 4)

BLASTOMICOSIS S. AMERICANA

1.—Adenopatía					
a) Cervical	x	x	x	x	x
p) Axilar					x
2.—Anorexia	x	x		x	
3.—Artralgia			x		
4.—Disfagia	x	x		x	
5.—Disnea			x		x
6.—Fiebre Moderada	x	x	x	x	x
7.—Hemoptisis			x		x
8.—Pérdida de peso	x	x		x	x
9.—Ptilismo	x	x		x	
10.—Tos	x		x	x	
11.—Ulceraciones					
Mucosas					
a) Boca	x	x		x	
b) Laringe.....	x	x		x	

Caso N° 1.—J. C. N. con expediente clínico N° 75/60, c/ 32 años, labrador, de sexo masculino, internado al Servicio de Dermatología del Hospital General de Tegucigalpa por ulceraciones de la cavidad orofaríngea.

Tiempo de evolución de su enfermedad: 13 meses. *Sintomatología y Exámenes complementarios:* El paciente presentaba lesiones ulcero granulomatosas que invadían la piel peribucal, labios, cara interna de la mejilla derecha, encías, pilar anterior derecho del velo del paladar, úvula y epiglotis. Coexistiendo todo ello con enorme adenoPatía cervical derecha.

Había además fiebre de intensidad moderada, pérdida de peso, ptilismo exagerado con disfagia, anorexia y tos productiva.

Radiografía pulmonar del 23/VIII/60; "hay una infiltración granulosa que ocupa la mitad superior de ambos pulmones".

Biopsias de mucosa de encía, labio y ganglio linfático: "proceso granulomatoso tuberculoide".

Examen Micológico: cultivo de pequeño fragmento de mucosa de encía en Mycoceol resultó positivo por *Paracoccidioides brasiliensis*.

Evolución: Satisfactoria con curación clínica de lesiones después de tratamiento con Sulfadiazina (4 Gms. diarios).

Caso N° 2.—P. S. H. con expediente 4286/61 de 51 años, labrador, de sexo masculino que ingreso al Servicio de Dermatología del Hospital General de Tegucigalpa por ulceraciones de la cavidad oral y Por adenopatías y fístulas cervicales de 5 meses de evolución.

Sintomatología y Exámenes Complementarios: Se observó en este enfermo la presencia de úlceras de tipo granulomatoso en labios, velo del paladar y mejillas. Examen laringoscópico reveló: "mutilación de la epiglotis, infiltración de repliegues ariepiglóticos y senos piriformes".

En el cuello observamos hipertrofia ganglionar que se acompañaba de trayectos fistulosos bilaterales y simétricos que emanaban abundante pus.

Biopsia de fragmento de mucosa de cavidad oral fue informada como, "Blastomycosis Suramericana".

Examen Micológico: Cultivo de pus obtenido de fístula cervical fue positivo por *Paraceccidioides brasiliensis*.

Evolución: Curación Clínica con Sulfadiazina.

Caso N° 3.—L. A. D. Paciente de 37 años, labrador, de sexo masculino, que ingresó al Sanatorio Antituberculoso de Tegucigalpa, por sospecha de tuberculosis pulmonar, presentando tos seca, febrículas y adenopatía cervical y axilar derechas, evolución: Un año.

Sintomatología y exámenes complementarios: El paciente presentaba una sintomatología eminentemente pulmonar, mostrando en el estudio radiológico un infiltrado moteado basal bilateral. Estudios exhaustivos bacteriológicos eliminaron la posibilidad de una afección tuberculosa pulmonar.

Investigación micológica: Los esputos despertaron la sospecha de micosis profunda habiéndose confirmado el diagnóstico de Blastomycosis Suramericana al resultar positivo el cultivo en mycocele de un fragmento de ganglio cervical por *Paraceccidioides brasiliensis*.

Paciente mejoró clínica y radiológicamente después de tratamiento con sulfadiazina.

Caso No. 4.—J. B. R. con expediente N° 17328/62 de 31 años, labrador, de sexo masculino, que ingresó al servicio de O.R.L. del Hospital General presentando disfagia, sialorrea y adenopatía cervical bilateral. Evolución: 4 meses.

Sintomatología y Exámenes complementarios: Se pudo observar en este paciente exulceraciones en la mucosa orofaríngea (amígdalas y velo del paladar) con hipertrofia ganglionar cervical muy desarrollada, acompañándose todo ello de fiebre, anorexia y pérdida de peso.

La biopsia de amígdalas y de velo del paladar puso de manifiesto la presencia de células micóticas con múltiples gemas periféricas, confirmándose el diagnóstico de Blastomycosis Suramericana al identificar el microorganismo por cultivo en mycocele.

Evolución: El enfermo mejoró notablemente con el tratamiento combinado de Sulfadiazina y Sulfametoxipiridazina en las dosis usuales.

Caso No. 5.—E. A.—Expediente N° 36604/64 de 40 años, labrador de sexo masculino que ingresó al Servicio de Medicina con tos, hemoptisis y sensación de estorbo en la garganta.

Tiempo de Evolución: 5 meses.

Sintomatología y Exámenes complementarios: El paciente exhibía tos, disnea, dolor torácico y esputos hemoptoicos que se asociaban de adenopatías cervicales, supraclaviculares y axilares.

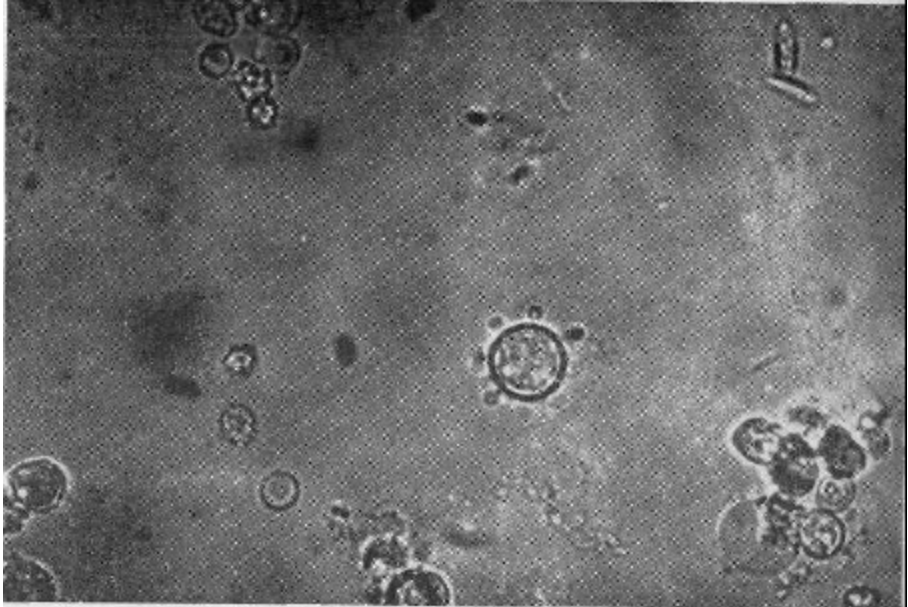
Radiografía de pulmones reveló: "condensación parenquimatosa de aspecto neumónico en base e hilio derechos e infiltrado difuso en base e hilio de pulmón izquierdo".

Biopsia y cultivo de fragmento de ganglio del cuello demostraron que se trataba de una Blastomycosis Suramericana.

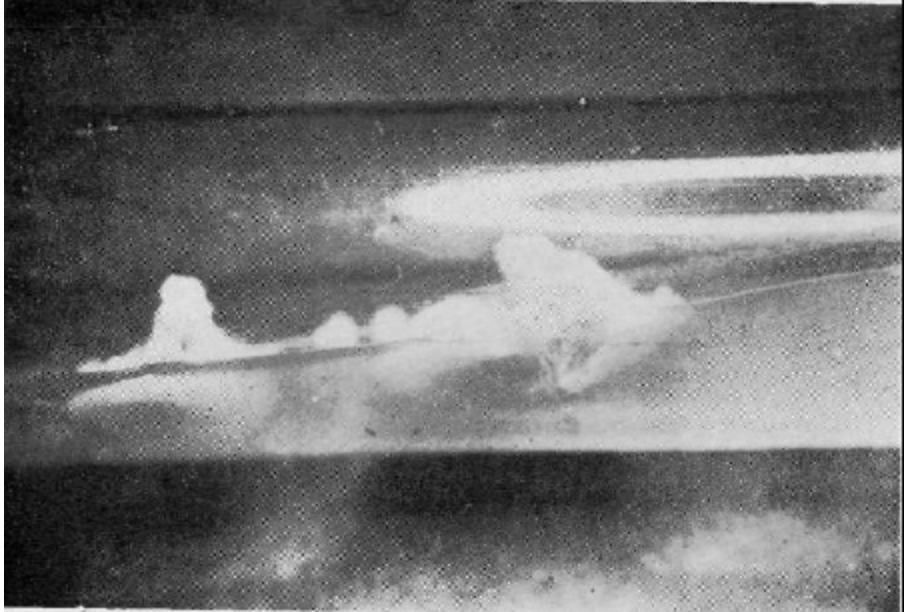
Se ignora la evolución del enfermo por haber éste exigido su alta.



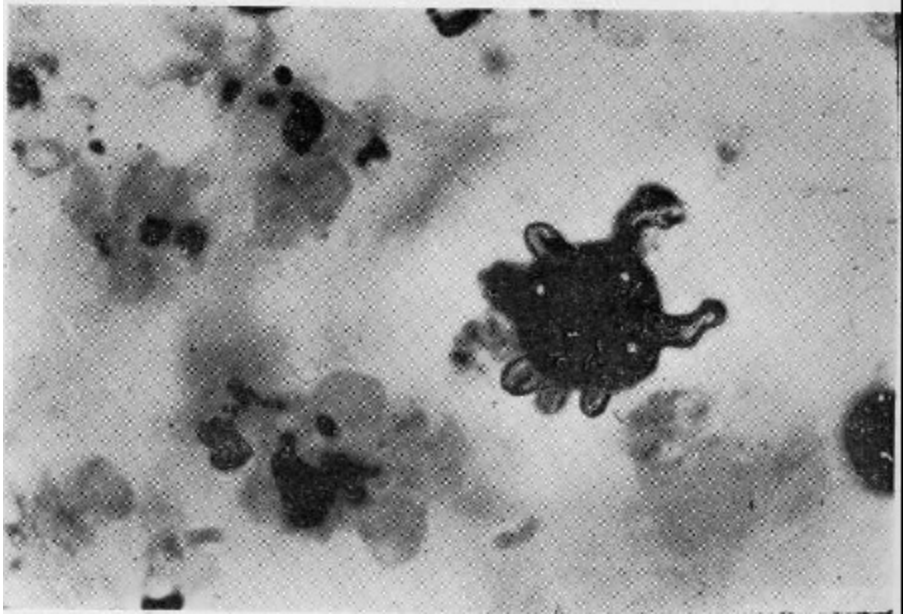
Oleraciones mucosas de labios y boca en paciente con Blastomycosis Sud-Americana
(Dres. Fernández y Laínez)



Examen directo del *Blastomyces brasiliensis* en solución de hidróxido de potasio. Aspecto microscópico del hongo en «rueda-timón de barco»



Aspecto macroscópico del cultivo del hongo responsable



Microfotografía del *Blastomyces brasiliensis* (Coloración de Grocott y Gomori)

R E S U M E N

- 1.—Se informan los 5 primeros casos autóctonos en HONDURAS, *DE PARACOCCIDIOIDOMICOSIS SURAMERICANA*. 2.—El sexo predominante en esta serie fue el masculino' (0) 100%.
- 3.—Los pacientes objeto de este estudio no procedían de una zona geográfica determinada, por el contrario su origen fue de diversas regiones del país.
- 4.— Se concluye de este estudio que los tipos de lesiones más frecuentes fueron: Adenopatía Cervical, en todos los casos (100%) y las lesiones laríngeas y mucosas de la cavidad oral, en 3 de los casos (60%).
- 5.—Se presentó invasión del Parénquima pulmonar, en 3 pacientes (60%).
- 6.—Los síntomas más comunes fueron: Fiebre Moderada (100%), pérdida de peso (80%); la anorexia, el ptialismo, la disfagia, estuvieron presentes en 3 enfermos de esta serie (60%).
- 7.—Se recomienda investigar siempre esta micopatía, en pacientes con Adenitis Cervical, que se asocie de lesiones Ulcerogranulomatosas a Vegetantes de la Orofaringe, o bien de lesiones pulmonares de curso crónico.
- 8.—En vista del excelente resultado terapéutico obtenido con SULFADROGAS y tomando en consideración los halagadores informes de otros autores con estas armas terapéuticas, aconsejamos siempre su empleo para combatir esta enfermedad.
- 9.—Se hacen importantes consideraciones etiopatogénicas, inmunológicas, clínicas y terapéuticas sobre esta afección.
- 10.—Por no ser esta enfermedad exclusiva de los países de Sur América y siendo cada días más creciente el número de nuevos casos informados en las demás repúblicas de IBERO-AMERICA, sugerimos que esta Micosis Profunda sea de ahora en adelante rotulada como BLASTO-MICOSIS LATINO-AMERICANA.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.—CHAVARRIA, A. P.; BONILLA, M. A.; DÍAZ, M. F. y CASTRO JINKINS, A.: Apuntes sobre un caso de Granuloma Paracoccidioides en Costa Rica. Rev. Med. Costa Rica, Í6:369, 1949.
- 2.—TEJADA, V.; LIZAMA R., ORDÓÑEZ: Presentación de los dos primeros casos de Blastomicosis Mucosa-Visceral Suramericana en Guatemala. Segundo Congreso C. A. de Dermatología. Guatemala, Nov. 1959.
- 3.—MASELLI PORRAS, R.: Blastomicosis Sud Americana en Guatemala (Tesis Doctoral), mayo de 1963.
- 4.—FERNANDEZ h., E.: Blastomicosis Sur Americana, Reporte del primer caso en Honduras. Tercer Congreso C. A. de Dermatología. Tegucigalpa, Dic. 1961.
- 5.—PERRY, H. O.; WEED, L. A.; and KIERLAND, R. R.: South American Blastomycosis: Report of a case and review of laboratory features. A. M. A. Aren, Dermat. 70: 477-482, 1954.
- 6.—SAÚL, A.: La Blastomicosis Sud Americana en México. Algunas características de los casos mexicanos. Actas Previas, V Congreso Ibero latinoamericano de Dermatología. Pág. 85. Buenos. Aires, Arg. Nov. 1963.

- 7.—CONANT, SMITH, BAKER, CALLAWAY and MARTIN: Manual of CHnical Mycology; Second JBdi-tion; 75-92. Saunders.
- 8.—LEVER, W..F.: Hístopathology of the skin, Third Edition: 278-279. Lippincott Co.
- 9.—FURTADP, TANCREDO A.: Mechanism of infection ;n South American Blastomkosis. Dermatología Trópica: 2: 27-32, 1963.
- 10.—LACAS, C. S.: Manual de Micología Médica, Sao Paulo, Brasil, Livraria Ttheneu S. A., 1960.
- 11.—AZULAY, R. D.: Contribucao ae estudo da mkose de Lutz. Thesis, Rio de Janeiro, Brazil, Gráfica Olímpica, 1950.
- 12.—LIMA, F. X. P.: Contribucao ae estudo clínico e terapéutico de Blastomicose Sul-Americana Visceral. Thesis, Sao Paulo, Brasil, 1952.
- 13.—Monteiro, A. and FIALHO, A.: Blastomicose Perineo-Ano Retal. Hospital: 17: 931-935, 1940.
- 14.—RAMOS E SILVA, J.: Sobre a foima puramente cutânea de inicio de Blastomicose brasileira. Hospital: 22: -;§1-741, 1942.
- 15.—ROSENFELD, G.: Presenca de Paracoccidioides brasiliensis no senge circulante. Rev. Clínica, Sao Paulo, 7: 197-201, 1940.
- 16.—DEL NEGRO, G. et al.: Addison's Disease Associated with South American Blastomycosis. Annals of Int. Med., 54; 189-187, 1961.
- 17.—DE CAMPOS, 5. C: South American Blastomycosis and American Mucocutaneous Lsishmaniasis. Dermatología Trópica, 2: 80-86, 1963.
- 18.—REY, J. C; RUBINSTEIN, P.; ARENDOR, A.: Paracoccidioidomycosis, Móniliajís y Tuberculosis Pulmonal. Rev. Asoc. Med. Argentina, 75.- 5-10, 1961.
- 19.—FAVA, N. C. y RAPHAEL, A.: A reascao inrradernica con polissacáride de Paracoccidioides brasitien. sis Na Blastomicose Sud Americana. Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo: 3/ 161-165, 1961.
- 20.—LACAZ, C. S. and SAMPAIO, S. A. P.: Tratamento da Blastomicose Sul Americana com Anfotericina B. Resultados preliminares, Rev. Paulista Med.: 52: 443-450, 1958.