

Blastomycosis Primaria del Esófago

(INFORME DEL PRIMER CASO EN CENTROAMERICA)

R. A. Duran M. ()*

*Armando Rivas G. (**)*

INTRODUCCIÓN

Siendo la blastomycosis sudamericana una enfermedad difundida en todo Latinoamérica, donde cada vez se reportan nuevos casos, es nuestro propósito llamar la atención del cuerpo médico hacia una localización poco frecuente de la misma ya que en la literatura mundial ha sido muy poco o nunca descrita, no encontrándose por lo menos en el área centroamericana casos similares reportados de esta localización.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

C. J. P. B., 69 años, sexo masculino, labrador. Nació en Santa María del Real, Depto. de Olancho, donde reside en la actualidad. Se presentó en la consulta externa del Hospital General San Felipe el 3 de mayo de 1974, quejándose de dificultad en la deglución. Se le practicó una esofagografía observándose estrechez y pequeñas ulceraciones en la región superior del esófago. Fue internado el 22 de mayo para hacerle estudios más completos. Daba la historia de haber iniciado su padecimiento tres meses antes con ardor en la garganta al deglutir alimentos sólidos. El ardor fue aumentando progresivamente acompañado de dolor, con sensación de agotamiento. En el momento del ingreso solamente podía ingerir alimentos blandos y líquidos. Al mismo tiempo acusaba debilidad y pérdida de peso desde el comienzo de la enfermedad. No se encontraron antecedentes familiares ni personales de importancia a excepción de haber sufrido aparentemente de una neumonía cuatro años antes, por la cual fue atendido en dicha oportunidad en el Hospital San Francisco de Juticalpa.

Al hacerse una revisión de síntomas no se agregó nada más que tos seca, crónica. Al examen físico, P. A. era de 110/70. Pulso 72x. Frecuencia respiratoria 16x\ Temperatura 36°C. El paciente cooperaba al interrogatorio y al examen.

A pesar de la pérdida de peso mencionada mostraba buen estado nutricional, la higiene bucal deficiente. Faltaban varias piezas dentarias. Orofaringe hiperémico. No se palpaban adenopatías cervicales pero existía un ganglio supraclavicular derecho de 0.5 cms y otro de igual dimensión en región axilar derecha.

* Médico Patólogo. Depto. Patología. Hospital General San Felipe.
Profesor de Patología. Facultad de Ciencias Médicas.

** Médico Gastroenterólogo, Jefe del Servicio de Gastroenterología, Hospital General San Felipe. Profesor Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas.

Examen físico de corazón y pulmones sin anormalidades. El examen del abdomen no revelaba visceromegalias ni masas tumorales. El resto del examen físico negativo. La impresión clínica diagnóstica al ingreso fue la de una estenosis esofágica por posible carcinoma. El mismo día del ingreso se practicó esofagoscopia encontrándose una masa infranqueable en el tercio superior del esófago, de aspecto vegetante, edematosa de la cual era imposible tomar biopsia por razones técnicas. Cuatro días después del ingreso se practicó un lavado esofágico del cual se hizo estudio citológico que resultó negativo por malignidad (HP-777). El frotis citológico era de muy mala calidad. El 7 de junio se practicó biopsia bajo anestesia general a nivel del esfínter cricofaríngeo en su pared posterior. El informe (1710/74) consideró la posibilidad de un proceso granulomatoso y la conveniencia de repetir la biopsia para descartar definitivamente la presencia de una neoplasia. El 20 de junio se practicó nueva biopsia (1860/74) haciéndose el diagnóstico de BLASTOMICOSIS SUDAMERICANA DE ESÓFAGO (Figs. 1, 2, 3, 4). En vista del diagnóstico histopatológico se intentó posteriormente obtener muestra para cultivo siendo imposible por razones técnicas la toma de dichas muestras. El 29 de junio se inició tratamiento con Anfotericín B. Los exámenes hematológicos y pruebas de funcionamiento renal previos al tratamiento resultaron normales. Se hicieron varios estudios radiológicos fuera de la serie gastroduodenal ya mencionada. Radiografía de pulmones el 24 de mayo informó parénquima pulmonar normal. Nuevo estudio radiológico del esófago el 27 de julio, ya en pleno tratamiento informó que la estenosis en el 1/3 proximal del esófago había aumentado considerablemente, encontrándose la luz del mismo reducida aproximadamente a unos 4 mms. Un nuevo control radiográfico en agosto 24 mostraba todavía estenosis persistente. El último control se practicó el 12 de septiembre informándose que el bario pasaba sin ninguna dificultad a través del faringe. La estenosis informada en el 1/3 superior del esófago en los exámenes anteriores había quedado reducida a un pequeño anillo de muy poca extensión y francamente permeable (Figs. 5, 6, 7, 8).

A los pocos días de iniciado el tratamiento con Anfotericin B, el NPN subió a 55 mgs% y la creatinina a 2.32 mgs por 100 ce. por lo cual el tratamiento tuvo que ser suspendido temporalmente. Una esofagoscopia de control practicada el 2 de octubre mostró que la masa se había reducido en su totalidad persistiendo únicamente zona de estenosis. Se tomó nueva biopsia de control (3378/74) la cual únicamente mostró epitelio pavimentoso estratificado sin cambios histológicos anormales. El 7 de octubre se le comenzaron a practicar dilataciones del esófago habiendo desaparecido en la actualidad (Nov. de 1974) la disfagia y el estado nutricional del paciente ha mejorado notablemente.

COMENTARIOS

La Endoscopia fue realizada con Pan-Endoscopio Olympus G.I.F.-D2 apreciándose al inicio del esófago pequeña tumoración vegetante infiltrativa que causaba estenosis de la luz esofágica, la cual estaba reducida a 4 mms. Además edema y cambio de coloración de la mucosa. Dada la localización hubo dificultad técnica para una buena documentación fotográfica pues si se extraía el aparato se salía del esófago y si se introducía quedaba muy próximo de la lesión lo que impedía una mejor demostración de la lesión mencionada. La misma estenosis esofágica impedía proseguir el estudio hacia el resto del esófago (Fig. 9, 10, 11). Se realizó inmunodifusión en Agar gel usando antígeno de la Doctora Restrepo siendo positiva 1:2 lo que podríamos explicar por haber permanecido el antígeno en refrigeración durante dos años.

Después de la 3ª dosis de Anfotericin B se detectó en el control bioquímico que se iniciaba una insuficiencia renal por lo cual hubo que modificar sustancialmente el esquema terapéutico, administrando sulfa diariamente y Anfotericin B, intravenoso cada 3-5 días en función del N.N.P. y creatinina. Además con la intención de evitar al máximo la estenosis cicatricial asociamos a la semana de iniciado el tratamiento anterior prednisolona diaria que se mantuvo durante el período de hospitalización. El resultado de este esquema fue satisfactorio y al mes y medio el paciente había ganado peso, su disfagia casi había desaparecido y radiológicamente se constató mejoría de la lesión. Con 3 meses de tratamiento persistía estenosis menos acentuada tolerando el paciente líquidos y alimentos pastosos. Una nueva esofagoscopia apenas demostraba la estenosis por lo que se decidió iniciar dilataciones con lo cual la disfagia desapareció totalmente, estando desde entonces sujeto el paciente a control periódico.

Se investigó la posibilidad de un foco primario a distancia por la eventualidad de que la lesión en esófago fuera de tipo secundario pero en examen clínico detallado no se encontró otro sitio de localización por lo cual consideramos que nos encontramos ante un caso de localización primaria en esófago de PARACOCCIDIOIDOMICOSIS. La literatura es abundante en describir la localización de este hongo en diferentes órganos y tejidos pero aún no hemos encontrado referencias bibliográficas donde se informe acerca de localización primaria esofágica de la Blastomicosis Sudamericana. No ocurre lo mismo con respecto a la Blastomicosis Norteamericana, cuya localización primaria en esófago ha sido informada (5-7). Pasarelli (4) en una revisión bibliográfica de blastomicosis sudamericana de aparato digestivo menciona localizaciones en boca, estómago, duodeno, apéndice y porciones bajas del intestino desde el yeyuno hasta el ano afirmando que "lesiones del esófago nunca han sido encontradas".

En Honduras, la blastomicosis sudamericana fue informada por primera vez por Fernández (2) en un paciente con lesiones primarias en mucosa oral. Posteriormente el mismo autor (3) agregó 4 casos nuevos con aislamiento del hongo en fístula cervical, otro en amígdala y dos en ganglios linfáticos cervicales. Raudales (6) informó en 1967 sobre dos casos nuevos de esta entidad en autopsias ambos con distribución sistémica. Cueva (1) en una revisión sobre micosis pulmonar en el Instituto Nacional del Tórax informó sobre un caso de blastomicosis pulmonar primaria.

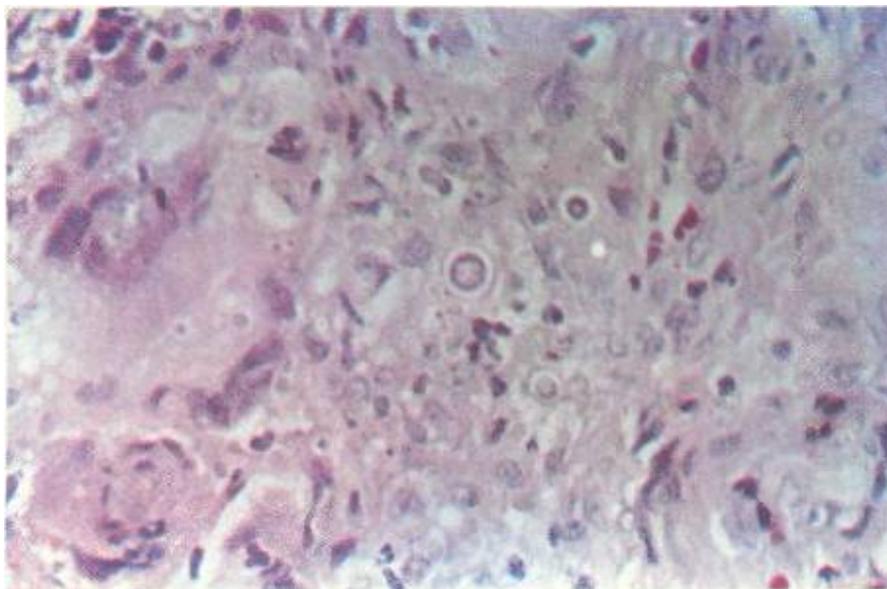


Fig. 1

H. y E. — Se observa la presencia de granulomas conteniendo corpúsculos esféricos micóticos, no identificables. La exoesporulación múltiple a partir de la espora madre es apenas perceptible.

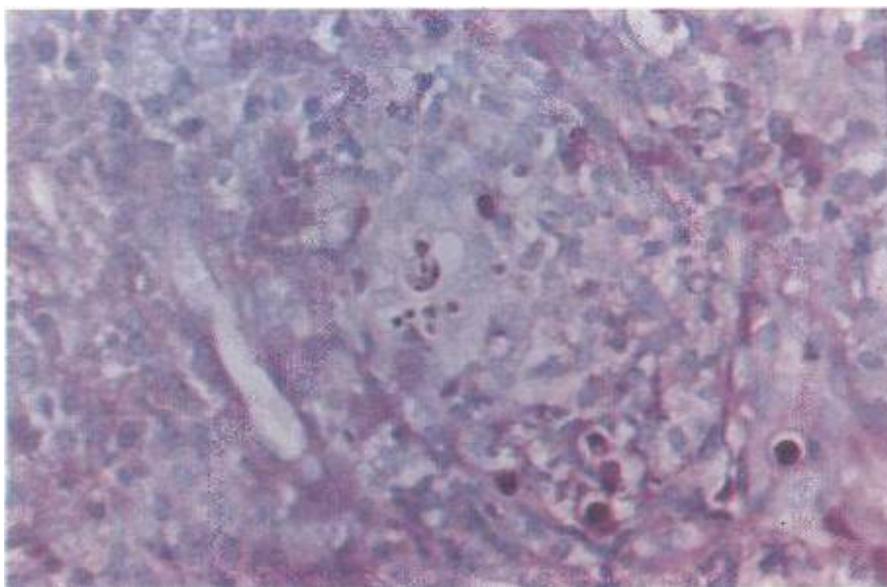


Fig. 2

P.A.S. — *P. brasiliensis* en tejido. Nótese la exoesporulación múltiple de la espora en el centro.

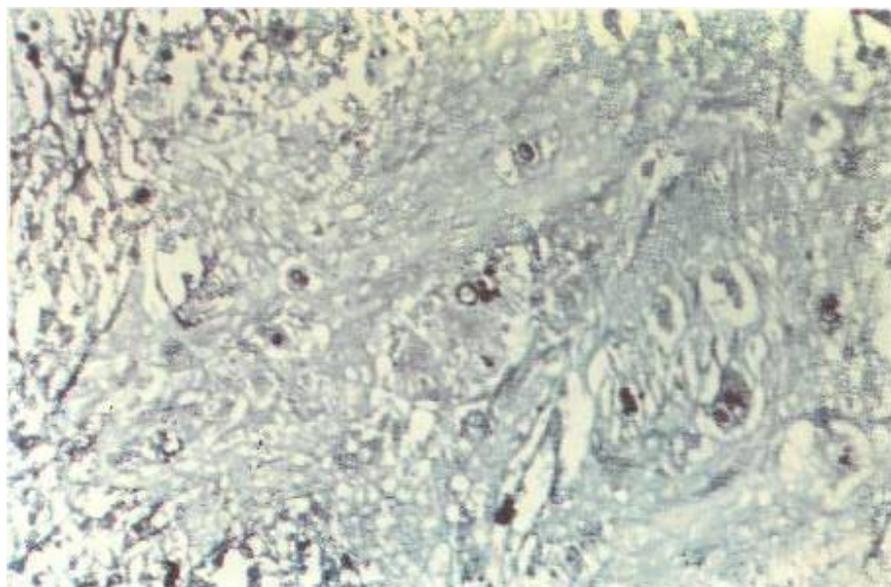


Fig. 3

Grocott. — Los hongos teñidos por la plata-meteramirra aparecen de color negruzco, algunos con franca esporulación múltiple.

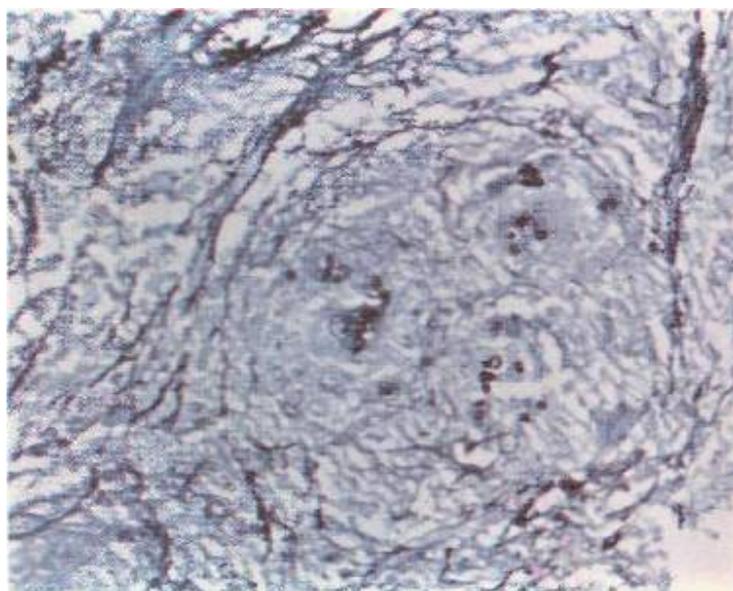
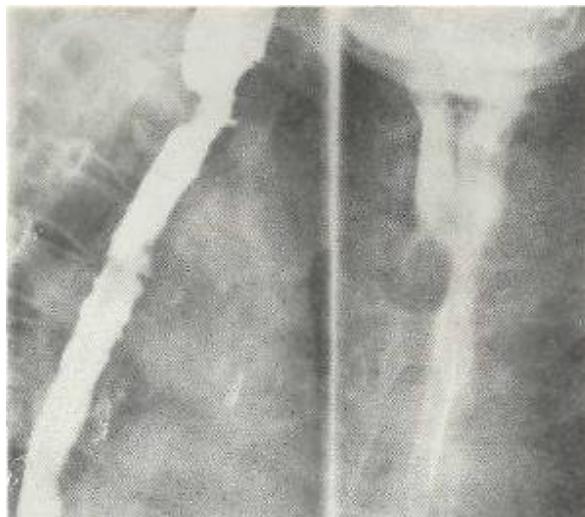


Fig. 4

Grocott. — 3 granulomas micóticos fusionados, con microorganismos característicos de la blastomycosis sudamericana (Paracoccidioidomycosis).



Bsofagografia inicial apreciándose la estenosis y la mucosa con ulceraciones. Mayo-74



Fig. 6
La estenosis no se ha modificado. No se aprecia más las irregularidades de la mucosa. Julio-74



Fig. 7 Persiste la estenosis menos acentuada. Agosto-74

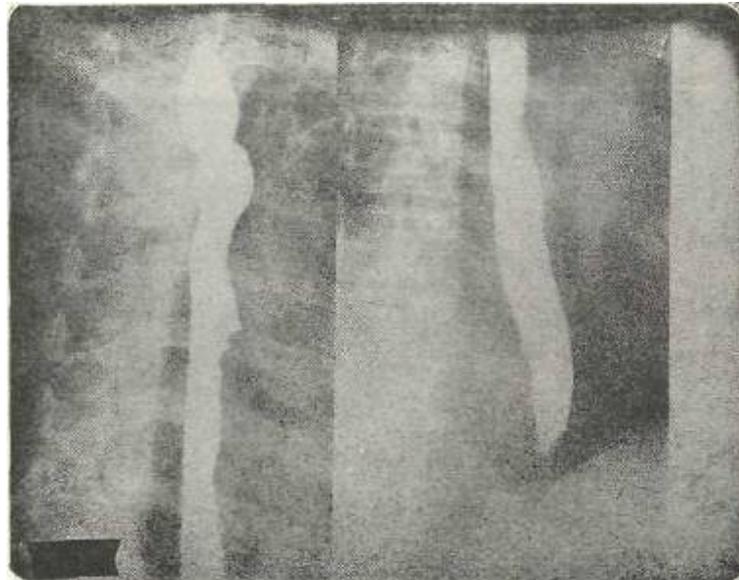


Fig. 8 Paso franco del medio de contraste, con estenosis circular, circunscrita a un pequeño anillo. Septiembre-74.

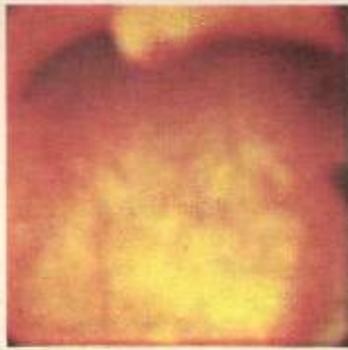


Fig. 9



Fig. 10

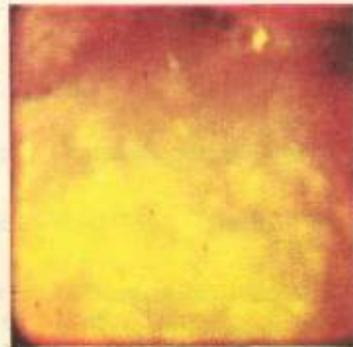


Fig. 11

RESUMEN

Se relata en detalle un caso de blastomicosis sudamericana con lesión primaria en el esófago, el primero en esta localización anatómica que se informa en el área centroamericana. El diagnóstico se hizo mediante biopsia de la lesión. Fue prácticamente imposible hacer cultivos. El tratamiento a base de Anfotericin B, hubo de ser modificado por la tendencia a producir insuficiencia renal. La masa vegetante esofágica desapareció a los 4 meses de tratamiento persistiendo solamente leve estenosis esofágica cicatricial en la actualidad controlada mediante dilataciones periódicas.

SUMMARY

Reported is a case of South American Blastomycosis (*Paracoccidioides brasiliensis*) which presented clinically as an esophageal mass and which was initially suspected to be carcinoma. Biopsy lead to the correct diagnosis. Cultures were not obtained. Therapy with Amphotericin-B was successful despite complications of renal insufficiency. The esophageal mass regressed completely, and at the time of this report, the patient has only a slight cicatricial stricture which is being successfully treated by periodic dilatation. Anatomic localization of *P. brasiliensis* in the esophagus is very rare. This is the first report of this occurrence in Central America.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—CUEVA, J. A.: Micosis pulmonares. I Congreso Centroamericano y Mexicano de Patología. 1-6 diciembre de 1968.
- 2.—FERNANDEZ, E.: Blastomicosis Sudamericana. Rev. MED. Hondura. 31: 41, 1963.
- 3.—FERNANDEZ, E. y LAINEZ, H.: Incidencia de la blastomicosis sudamericana en Honduras. Rev. Med. Hondur. 33: 61, 1965.
- 4.—PASSARELLI, N.: Blastomicosis del tracto digestivo. Proceedings, 297, 1961.
- 5.—PORTIS, Sydney: Enfermedades del aparato digestivo. Edit. UTEHA- Pág. 397, 1955.
- 6.—RAUDALES, O.: Blastomicosis Sudamericana. Rev. Med. Hondur. 35: 168, 1967.
- 7.—VINSON, P.; BRODERS, A. C. y MONTGOMERY, H.: Blastomicosis del esófago. Reporte de un caso. Surg. Gynec. & Obst. 46: 255, 1928.