

UN NUEVO CASO DE BLASTOMICOMA BLASTOMICOIDES SUDAMERICANO

(Blastomycosis Sudamericana)

POR

M. SOTELO (*), H. PESCE (***) y O. ROMERO (****)

Desde 1937, año en que P. WEISS y T. ZAVALETA publicaron el primer caso peruano de la micosis profunda denominada Blastomycosis Sudamericana, esta afección ha sido objeto de estudio entre nosotros habiéndose referido hasta ahora 20 casos publicados y 10 en curso de estudio y motivo de Tesis (O. R.), todos procedentes de nuestra amazonía.

El caso que presentamos, procedente de Iquitos, sería el 31º caso peruano y el 15º con localizaciones en el aparato respiratorio.

Uno de nosotros, M. SOTELO, efectuó en Iquitos el diagnóstico clínico y la observación del hongo causante por examen directo de frotis procedente de la lesión de las encías; PESCE y ROMERO colaboraron en el estudio de las diversas muestras de material procedente del enfermo, en la revisión bibliográfica y en la discusión del caso.

HISTORIA CLINICA

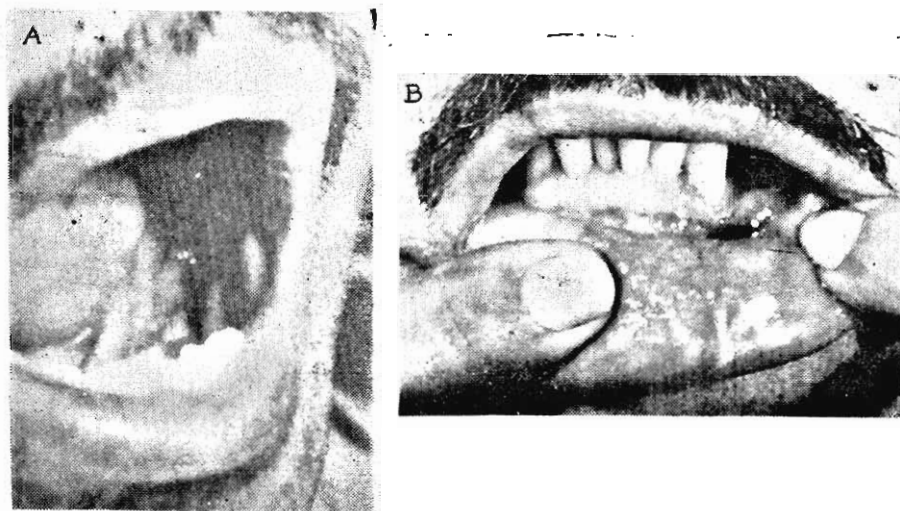
Ramiro C. P., 40 años, motorista del Ejército. Natural de Iquitos, en donde reside, sin haber salido nunca de la Amazonía.

Enfermedad actual.— Hace un año presenta una lesión dolorosa a nivel de la **encia** de los molares **posteriores** del maxilar inferior izquierdo. Recibió

* Médico Jefe del Centro Antileproso Zonal de Iquitos.

** Catedrático de Medicina Tropical, Facultad de Medicina, Lima.

*** Ayudante de Prácticas de Bacteriología, Facultad de Medicina, Lima.



atención dental con el diagnóstico de periodontitis: le extrajeron sucesivamente 5 piezas dentarias. Desde entonces ha visitado a muchos dentistas y médicos obteniendo diversos diagnósticos, particularmente los de sífilis y leishmaniasis, y recibiendo los tratamientos respectivos sin obtener mejoría. En los últimos 5 meses ha perdido Kgr. 6.5 de peso.

Una biopsia del labio (22. IV. 59) fue remitida a un laboratorio de Lima, sin conocerse hasta ahora la respuesta.

Examen Clínico (2. V. 59).

Buen estado general. Examen de los grandes aparatos: Negativo.

Boca: halitosis. Presenta lesión en arcada dental infero-post. izq. (lesión A) y en el labio inferior (Lesión B).

A) Lesión granulomatosa que compromete la mitad posterior de la arcada dental inferior izquierda. se presenta roja, brillante y proliferante en relación al tejido vecino. en los bordes se aprecia un punteado de color rojo oscuro. Las piezas dentarias correspondientes han sido extraídas. La lesión es dolorosa y a la presión fluye secreción purulenta. En la extremidad posterior de dicha arcada, se aprecia un tejido blanquecino, duro, fibroso que a nuestro juicio corresponde a una lesión cicatrizada (Foto A).

B) Lesión blanquecina, algo elevada e indurada en mucosa del labio inferior, con halo eritematoso, poco dolorosa, exulcerada, con cicatriz de biopsia (Foto B).

Diagnóstico Clínico. (2. V. 59) Blastomycosis Sudamericana. (fdo.) Manuel Sotelo.

Examen de Frotis (4. V. '59) — Realizamos unos frotis de exudado de la encía en los cuales pudimos observar (M. S.) elementos esféricos de doble contorno que juzgamos ser células brotantes paralevuliformes de *Paracoccidioides brasiliensis*.

Examen radiográfico (13. V. 59). — No obstante la negatividad de signos físicos al examen del aparato respiratorio, pedimos una radiografía de tórax, la que presenta "sombras micronodulares densas confluentes, preferentemente en ambas regiones intercleido-hiliares" (fdo.): E. Traverso); que juzgamos compatibles con el diagnóstico clínico. (ver Foto C).



Otros Exámenes Auxiliares.

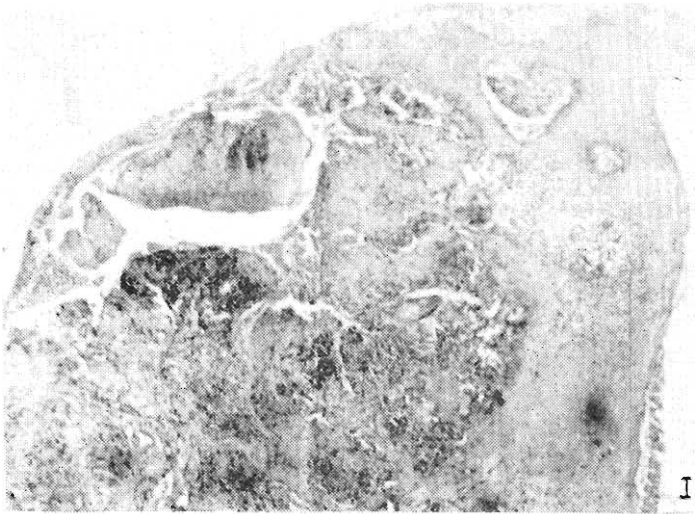
Efectuados otros frotis tomados de la encía (20. V.) fueron remitidos a Lima (recibidos el 2. VI) y, examinados, permitieron observar también (O. R.) imágenes típicas del mismo hongo.

Al mismo tiempo se tomó (18. V) una biopsia de la encía del maxilar inferior izquierdo, que se remitió a Lima (llegada el 2. VI), siendo entregada (4. VI) al patólogo, cuyo informe N° 59-7566 (10. VI) dice así:

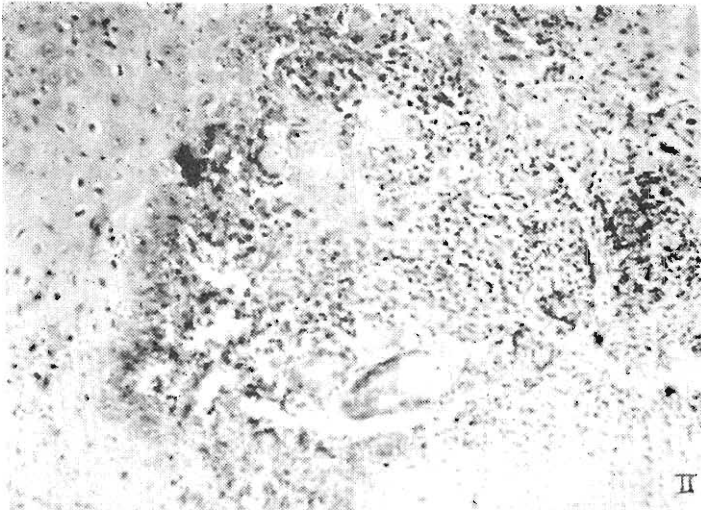
"Se encuentra infiltración del corion por granuloma tuberculoide, distribuido en folículos, en los que se distingue formaciones redondeadas, con cápsula birrefringente, en relación con infección micótica, probablemente **blastomycosis**" (fdo.) Jorge Campos R. de C. (ver Microfotografías I, II, III, IV y V).

El examen directo del esputo (29. V) fue negativo, y asimismo los cultivos del esputo (5. VI).

Una muestra tomada de pus de la encía (29. V) y sembrada en agar glucosado Sabouraud, con penicilina y estreptomycinina, a la temperatura ambiente, dió (5. VI) abundante desarrollo. En la respectiva cápsula de Petri, remitida a Lima, se observó (H. P.) desarrollo a la vez cerebriforme y en



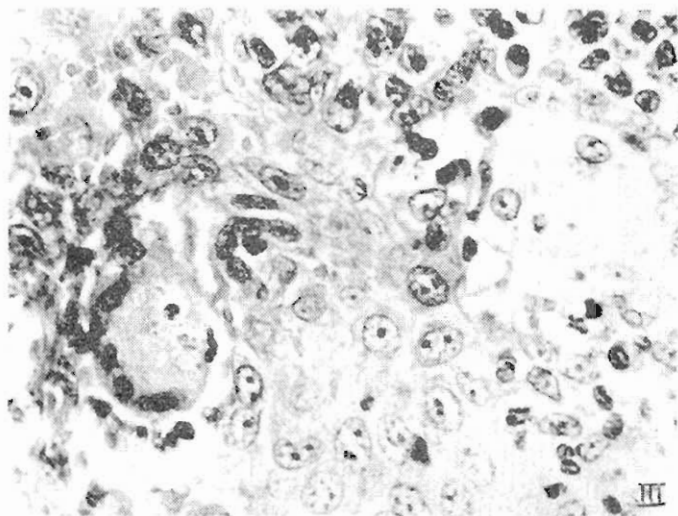
I. — Biopsia de encía. Vista panorámica: infiltración del corion.



II. — Biopsia de encía. Mayor aumento que la del Nº I. Se observa en el corion folículos tuberculoides y presencia del "Paracoccidioides brasiliensis".

pelo de ratón, en cuyo examen microscópico (10. VI) fueron hallados abundantes y muy diversos hongos banales (O. R.).

En esos días se recibió en Lima (11. VI), remitida desde Iquitos, copia del informe emitido (22. V) acerca de la biopsia del labio, cuyo texto dice así: "Se ha encontrado formaciones granulomatosas de reacción con presencia de células gigantes, masas de células epitelioides y proceso inflamatorio secundario. En el interior de dichas masas granulomatosas se nota la presencia de vesículas esféricas, algunas de las cuales exhiben núcleo pálido: **Paracoccidioides brasiliensis**. El epitelio de la mucosa tiene aspecto acantósico.



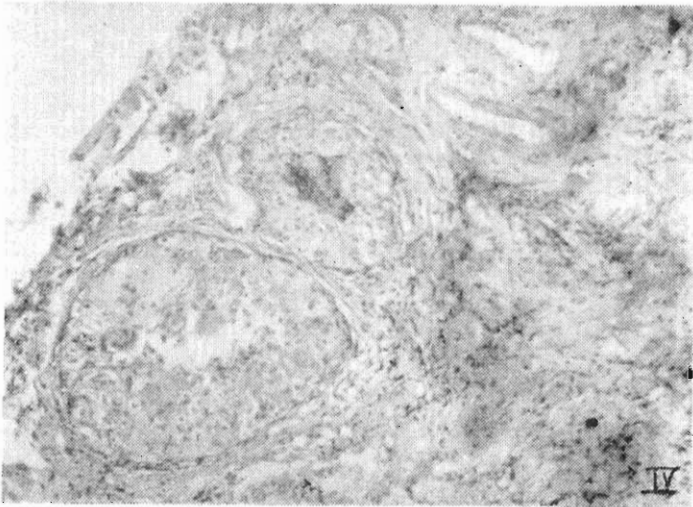
III. — Biopsia de encía. Mayor aumento que la del N° II. Obsérvese una célula gigante tipo Langhans en cuyo citoplasma se encuentra el hongo de doble contorno, paralevulime y múltiple-gemado.

Conclusión: Granuloma micótico paracoccidial. "Blastomicosis Sudamericana" (fdo.) J. Díaz Encimas.

Evolución y Tratamiento.

Después de establecido el diagnóstico clínico (2. V) y micológico directo en los primeros frotis (4. V), se inició (20. V) la terapéutica con sulfas, mediante Sulfadiazina, por vía oral, a la dosis de 6 gramos diarios, con bicarbonato; observándose a las 2 semanas (5. VI) desinfiltración y tendencia cicatricial franca de las lesiones orales, acompañadas de mejoría del estado general.

Se supo que en el mes de Agosto el enfermo fue remitido a Lima.



IV. — Biopsia de encía. Infiltración del corion. Formación de micro-abscesos en los que se visualiza células de tipo Langhans, células epitelioides y presencia de "P. brasiliensis".



V. — Biopsia de encía. Vista parcial del campo N° IV a mayor aumento. Presencia en el corion de "P. brasiliensis".

DISCUSION DEL CASO

El diagnóstico clínico presuntivo de Blastomycosis Sudamericana fue realizado:

- a) por las características de la lesión gingival, exulcerada, y levemente papilomatosa con punteado hemorrágico (F. Rabello), de la variedad moriforme (Aguar Pupo);
- b) por la localización gingival y muy especialmente por su ubicación en el segmento posterior de la arcada dentaria (inferior izquierda), a nivel de los molares;
- c) porque en el curso evolutivo se presentó tempranamente el compromiso evidente de varios alvéolos dentarios con movilización de las piezas respectivas, motivo de las extracciones habidas.
- d) por su evolución recidivante "in situ", en el lecho operatorio de las extracciones dentales;
- e) por el dolor espontáneo y a la palpación;
- f) por la salida, a la presión, de un líquido de aspecto claro, y de carácter purulento- viscoso.

Se excluye el diagnóstico de leishmaniasis por los siguientes motivos:

- a) porque la localización gingival es impropia de esta enfermedad;
- b) porque la morfología de las lesiones de la mucosa bucal revisten inicialmente un aspecto granulomatoso mamelonado a elementos de apreciables dimensiones y sólo muy posteriormente se exulceran.
- c) porque las lesiones mucosas orales nunca son dolorosas.
- d) porque la adenopatía satélite es excepcional y, cuando existe, efímera.
- e) porque estas lesiones ceden apreciablemente con el tratamiento antimonial, lo que no sucedió con nuestro caso a pesar de ese tratamiento,

Se excluye el diagnóstico de lues, por la falta de antecedente primario y por la no obediencia al tratamiento penicilínico que, al contrario, exasperó las lesiones.

Una vez orientado el diagnóstico de blastomycosis sudamericana, efectuamos la toma de productos del raspado de la mucosa gingival, coloreando las láminas con el método de Giemsa, la cual nos permitió divisar hongos de doble contorno, algunos de ellos con gemación úni-

ca y otros con esbozo de cripto-esporulación, que identificamos con el *Lutziomyces histoporocellularis* (Haberfeld 1919) Fonseca 1939, denominado también *Paracoccidioides brasiliensis*.

En vista de nuestro diagnóstico de Blastomycosis Sudamericana, solicitamos el examen radiológico de campos pulmonares, a pesar de la ausencia de signos clínicos, ya que las lesiones mucosas de polo posterior de la boca casi siempre dan compromiso visceral, y con alta frecuencia de localización pulmonar; y en efecto se evidenció la presencia de un sembrío micronodular de aspecto coincidente con lo habitual en esta enfermedad.

Establecido el diagnóstico en la forma indicada y en la espera del resultado histopatológico, creimos conveniente acometer el tratamiento con un producto sulfamidado, que a las dos semanas había determinado la cicatrización de las lesiones gingival y labiales, la desaparición del dolor y una importante mejoría del estado general; resultado que ratifica el diagnóstico.

COMENTARIO

El caso que presentamos, de forma clínica mixta, merece un comentario que, además de tener en cuenta la amplia literatura respectiva sudamericana, y especialmente brasilera, lo relacione con la experiencia derivada de la casuística hasta ahora estudiada en nuestro país.

1º—*Procedencia*.— Todos los casos peruanos, como el nuestro, han tenido residencia previa en la amazonía.

2º—*Lesión inicial*.— En la mayoría de los casos peruanos, como en el nuestro, la lesión primitiva fue bucal, coincidiendo verosimilmente con la puerta de entrada.

3º—*Formas puras*.— Las formas puras, exclusivamente tegumentaria, o ganglionar, o visceral, son poco frecuentes.

En el Perú, de la forma tegumentaria mucosa con inicio en el polo anterior de la boca conocemos sólo dos casos, el 5º (Weiss, 1950) y el 14º (Morales, 1954), ambos sin ganglios; y un tercer caso, anómalo, con ganglios, el 7º (Weiss, 1951).

De la forma ganglionar pura, sólo conocemos el 6º caso peruano (Weiss, 1949).

De la forma visceral pura, ninguno.

4°—*Forma mixta: linfático-cutánea*.— Suele evolucionar, así circunscrita, en forma crónica y durante largo tiempo antes de dar compromiso visceral. Su conocimiento permite una terapéutica eficaz.

A esta forma pertenece el 2° caso peruano (Weiss y Flores, 1939).

5°—*Forma: linfático-visceral*.— En esta forma la invasión es casi simultánea en el sistema ganglionar y en alguna víscera.

De la variedad linfático-abdominal tenemos el 1er. caso peruano (Weiss y T. Zavaleta, 1936) y el 3° (Weiss y Flores, 1940-1945).

De la variedad linfático-pulmonar, tenemos el 4° (Weiss y Flores, 1946) y el 18° (Morales y Romero, 1955).

En nuestro caso la localización pulmonar, a juzgar por la falta de signos clínicos y por su limitada extensión, es bastante posterior a la lesión inicial oral, por lo cual no podemos calificarla como forma mixta de inicio.

6°—*Forma bucal posterior mucosa-linfática*.— Esta forma, a la que pertenece nuestro caso, se inicia en la región posterior de la boca (encía de los molares, pilares anteriores, amígdala).

Procede transcribir lo que, sobre esta forma, uno de nosotros (H. P.) escribiera en 1949 (4): "Descrita en S. Paulo por Haberfeld (1919) y Almeida (1939), merece especial referencia porque el inicio mucoso en la retroboca se acompaña constantemente con compromiso ganglionar, porque cuando invade la piel del rostro lo hace por vía linfática sin lesiones ulcero-costrosas y sin extenderse a la piel de otras regiones aunque haya metastasis visceral, porque el compromiso visceral es la regla, y porque dentro de éste la localización pulmonar alcanza altas frecuencias".

La revisión de los casos peruanos nos permite confirmar ampliamente estas características. En efecto, el caso 13° (Eguren, 1954) dio compromiso ganglionar local; en el caso 8° (Weiss, 1952) hubo invasión laringo-traqueal; en el 10° (Boisset 1952) la invasión tomó la faringe, los ganglios regionales y se extendió al pulmón; en el 9° (Weiss, 1952) hubo amplia invasión pulmonar; en el 15° (Morales y Romero, 1954) hubo compromiso cutáneo, ganglionar y pulmonar; en el 11° (O'Hara-Casavilca, 1954) tomó también la piel y los pulmones; en el 12° (Weiss-Casavilca, 1954) piel y pulmones; en el 16° (Casavilca 1954) ganglios, olecrano y médula espinal; y en el 17° (Casavilca, 1955) piel, ganglios y pleura.

En nuestro caso, la lesión primaria tuvo asiento en la encía de los molares posteriores del maxilar inferior izquierdo y, después de la extracción de 5 piezas, se manifiesta en el labio inferior, lado izquierdo, una lesión infiltrativa que determina induración y elevación de la mucosa, de aspecto blanquecino, con halo eritematoso, poco dolorosa, no ulcerada y apenas con leve exulceración; el mismo tiempo aparecen ganglios submentonianos, algo endurecidos desplazables y dolorosos a la presión, reproduciendo así el cuadro clásico descrito.

Es esta una ocasión propicia para, una vez más (H. P.), llamar la atención sobre esta forma clínica bien definida cuyo conocimiento permite plantear un diagnóstico precoz que, al ser confirmado, conduce al oportuno tratamiento, capaz de cortar la generalización.

En este caso el desconocimiento de esta típica forma de inicio, además de causar extracciones dentarias traumatizantes y no todas de utilidad segura, dio lugar a diagnósticos errados de lues y de leishmaniasis, permitiendo una evolución del mal durante más de un año, en cuyo transcurso se produjo la localización pulmonar.

Debemos agregar (O. R.) que las extracciones dentarias que se hagan necesarias después de establecido el diagnóstico de blastomycosis deben ser seguidas por la terapéutica adecuada; en tal caso se observa que la cicatrización es rápida y, además, se evita la generalización. Extracciones incontroladas favorecen la generalización.

7º—*Diagnóstico*.— En el presente caso el diagnóstico clínico presuntivo, establecido apenas se examinó al enfermo, fue confirmado a continuación por el examen directo de los frotis de exudado de la lesión de la encía, y reforzado por las imágenes radiográficas pulmonares.

Son estas las tres vías fundamentales que debe recorrer el médico práctico.

La dos biopsias tomadas, examinadas más tarde en dos laboratorios diferentes, dieron resultado positivo.

El cultivo, que permite precisar el diagnóstico micológico, en este caso no tuvo éxito favorable. Es aconsejable el medio agar-chocolate (Casavilca).

Las inoculaciones intratesticulares al cuy pueden efectuarse con exudado de lesiones, con pus de ganglio, con machacado de biopsia. En nuestro caso no fue posible aplicar este método.

8º—*Evolución y Terapéutica*.— En las dos semanas en que nos fue dado observar al enfermo después del diagnóstico, la terapéutica con

sulfamidas, mediante 6 gramos diarios de Sulfadiazina, por vía oral, dió excelente resultado a nivel de las lesiones, y produjo gran recuperación del estado general.

Hasta hoy estos productos, y entre ellos el Gantrisin, son los que han dado mejor resultado entre nosotros.

BLASTOMICOMA SUDAMERICANO

Bibliografía Peruana

(Concordada)

- 1.—WEISS, P. y ZAVALETA, T.: Sobre un caso de Linfogranulomatosis micósica por *Paracoccidioides brasiliensis*, encontrado en Lima. Actual Méd. Per., Lima, Vol. N° 11. Marzo 1937, pp. 442-453.
Caso 1º peruano, 1936.
- 2.—WEISS, P. y FLORES, L.: (Tres) Nuevos casos de Linfogranulomatosis micósica, encontrados en Lima, (Comunicados el 15 Feb. 1948). Rev. Méd. Exper., Lima, Vol. VII., N° 1 a 4: Dic. 1948, pp. 1-14.
Casos 2º, 3º y 4º peruanos, de 1938 a 1946.
- 3.—WEISS, P.: Informe médico sobre la Región de Huallaga medio (Viaje: Jul. 1948) en "Informe sobre el Huallaga". Lima, 1950; ver Caso de Blastom. Sudamer. pág. 96. Referido por A. Casavilca en su Tesis (1955) como 6º caso peruano.
Caso 5º peruano, 1948.
- 4.—PESCE, H.— Micosis Profundas (Revisión). En: "Curso de Medicina Tropical"; 1ra. Ed. (mimeogr.), Lima, 1949.
- 5.—WEISS, P.— Geografía de las Enfermedades en el Perú. I: COSTA (Confer. Areq. Ago. 4) Publ. en foll., Lima, 1955; ver Caso de Blastom. Sudamer. (1949) pág. 22. Referido por Casavilca en su Tesis (1955) como 5º caso peruano.
Caso 6º peruano, 1949.
- 6.—WEISS, P.— Un caso de Blastomicosis Sudamericana (1951), no publicado. Referido por Casavilca en su Tesis (1955) como 7º caso peruano.
Caso 7º peruano, 1951.
- 7.—WEISS, P.— Geografía de las Enfermedades en el Perú. I: COSTA (Confer. Areq. Ago 54) Publ. en foll., Lima, 1955; ver Caso de Blastom. Sudamer. pág. 21. Referido por Casavilca en su Tesis (1955) como 8º caso peruano.
Caso 8º peruano, 1952.
- 8.—WEISS, P.— Un caso de Blastomicosis Sudamericana (Set. 1952), no publicado. Publ. p. Morales y Romero como Caso N° 4; y p. Paccini

como Caso N° 2. Referido por Casavilca en su Tesis (1955) como 9° caso peruano.

Caso 9° peruano, Set. 1952.

9.—BOISSET, G.— Un caso (1952) del Arch. de Historias del Hosp. de Policía, no publicado. Publ. por Casavilca en su Tesis (1955) como 10° caso peruano.

10.—O'HARA, E.— Caso (Marzo 1954) del Hosp. Obrero de Lima, no publicado. Estudiado por Casavilca en su Tesis (1955), como 14° caso peruano, 1° personal.

Caso 11° peruano, Marzo 1954.

11.—WEISS, P.— Caso (Mayo 1954), ambulante, no publicado. Estudiado por Casavilca en su Tesis (1955), como 15° caso peruano, 2° personal.

Caso 12° peruano, Mayo 1954.

12.—EGUREN.— Un caso (Set. 1954) con diagnóstico biópsico en el Hosp. Militar. Publicado por ELMORE, T. y PACCINI, J.— Un caso de paracoccidioidomicosis. Rev. San. Mil. Per., Lima, 79: 30, 1955. Publ. p. Morales y Romero como Caso N° 3 y p. Paccini como Caso N° 1. Referido por Casavelica en su Tesis (1955) como 13° caso peruano.

Caso 13° peruano, Set. 1954.

13.—MORALES, J. y ROMERO, O.— Cinco nuevos casos de Blastomicosis Sudamericana diagnosticados en Lima (Comunic. Marzo 1955). Arch. Pat. y Clín., Lima, Vol. IX, 1955. pp. 1-22.

a) Contiene el Caso N° 1, (21. Oct. '54), original. Referido p. Casavilca en su Tesis (1955) como 11° caso peruano.

Caso 14° peruano, Oct. 1954.

b) Contiene el Caso N° 2 (10. Nov. '54), original. Referido p. Casavilca en su Tesis (1955) como 12° caso peruano.

Caso 15° peruano, 10. Nov. 1954.

14.—CASAVILCA, A.— La Blastomicosis Sudamericana, Tesis Bach. Med. Lima, Nov. 1955. Caso (25. Nov. 1954), del Hosp. Obrero de Lima; referido como 16° caso peruano, 3° personal.

Caso 16° peruano, 25. Nov. 1954.

15.—CASAVILCA, A.— La Blastomicosis Sudamericana, Tesis Bach. Med., Lima, Nov. 1955. Caso (25. Ene. 55); referido como 17° caso peruano, 4° personal.

Caso 17° peruano, Ene. 1955.

16.—MORALES J. y ROMERO, O.— Caso (3. Feb. 1955) original, N° 5 de su publicación citada. Referido p. Paccini como caso N° 3.

Caso 18° peruano, Feb. 1955.

17.—CASAVILCA, A.— La Blastomicosis Sudamericana, Tesis Bach. Med., Lima, Nov. 1955. Caso (8. Ago. '55) referido como 18° caso peruano, 5° personal. Presentado p. A. Salas (11. Ago. 55) al "Convers. Clín. Derm. del Hosp. Loayza"; publ. en "Conv. etc", Lima, Vol. I. N° 2, pp. 39-40, 1955.

Caso 19° peruano, Ago. 1955.

- 18.—PACCINI VIRHUEZ, J.— Consideraciones sobre la Blastomicosis Sudamericana en nuestro medio. Tesis Bach. Med., Lima, Se. 1955. (Refiere como casos 1, 2 y 3, los casos peruanos 8º, 12º y 18º).
- 19.—PESCE, H.— Micosis Profundas (Revisión). En: "Curso de Medicina Tropical"; 2ª ed. (mimeogr.), Lima, Dic. 1955.
- 20.—ESCUADERO V., URTEAGA, ACOSTA, ROSELL, ROMERO y HERRERA.— Blastomicosis bilateral caseosa de las suprarrenales. Arch. Pat. y Clín., Lima, Ene.-Dic. 1957. Caso (13. Oct. 1956) generalizado. **Caso 20º peruano, Oct. 1956.**