

ESPOROTRICOSIS EN UNA NIÑA DE 27 MESES

César Lizardo, Rafael De Gregorio y Dante Borelli

1. PRESENTACION DEL CASO

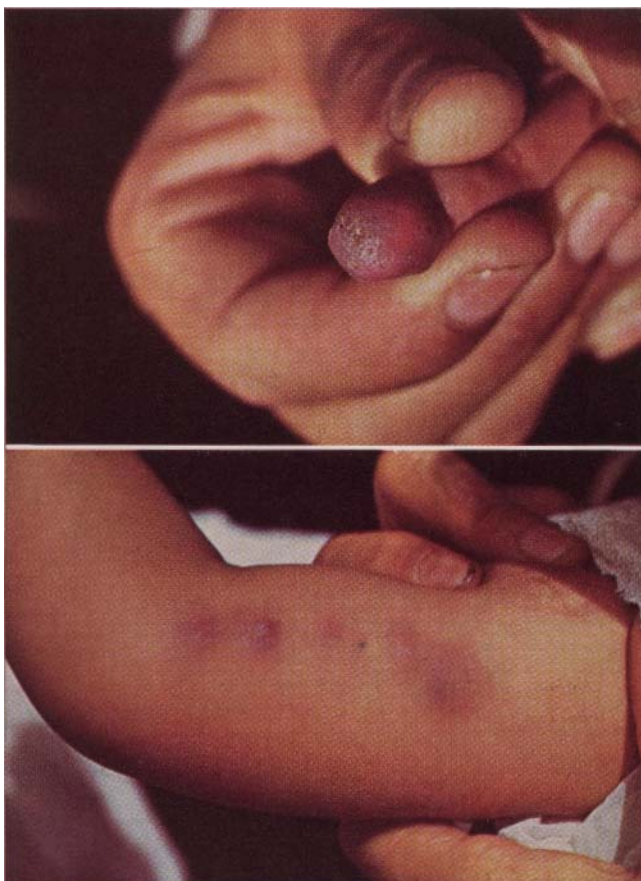
Niña trigüeña, de 27 meses de edad, nacida en Caracas, residente en el barrio de La Vega de la misma ciudad.

La madre cuenta que, unos 45 días antes de presentarla a la consulta, la niña enfermó de la punta del dedo medio, mano derecha. Ella le vio allí una pápula roja, como la producida por la picadura de un insecto. Mientras esa lesión permanecía aproximadamente estacionaria, hace 15 días, se ha formado una serie de nódulos distribuidos en línea a lo largo del dorso de la mano, la cara externa del antebrazo, la cara flexoria del codo y la cara interna del brazo correspondiente. Al administrarle en dos días un frasco de suspensión oral de Terramicina, no se detuvo la evolución de los nódulos: sólo mejoró algo la lesión inicial.

Al momento del examen, la punta del dedo afectado presenta manchas eritematosas y un poco edematosas, dentro de las cuales se notan manchitas nacaradas (como suelen verse en los estados de espongiosis o de vesiculación incipiente) y áreas de hiperqueratosis. Se observan, además, una pápula eritematosa en la cara dorsal de la falangeta; dos nódulos hipodérmicos duros en el dorso de la mano; y quince nódulos eritematosos, alineados por el antebrazo y la cara interna del brazo, los cuales forman cortas cadenas de hasta seis elementos. No se palpan los ganglios de la axila. El estado general de la niña es normal.

Examen Directo. Se incide un nódulo duro, situado en el pliegue del codo y se obtiene por presión una pequeña cantidad de pus rosado. Puesta una gota entre lámina y laminilla con adición de formol al 4 por ciento, se encuentran en pocos minutos de microscopía, siete cuerpos asteroides característicos de la fase parasitaria de *Sporotrichum schenckii*.

Cultivos. Con los restos del pus, mezclado a sangre, que pudo exprimirse del nódulo incindido, se siembran cinco tubos contenientes medio "casero" (gelosa 20, malta del comercio 110 ml., leche pasteurizada 200 ml., harina de maíz 30 g., agua hasta 1.000 g.), los cuales fueron



La lesión inicial, en la punta del dedo medio, y algunos nódulos supurados, cara interna brazo.

incubados a temperatura ambiente (22°-26°). A la semana, dos tubos permanecen estériles; en tres tubos han crecido hileras de colonias chatas, disciformes, de centro negro y periferia color marfil, las cuales miden hasta 3 mm. de diámetro. A los 10 días, en las partes de las colonias que trepan por las paredes de los tubos, pueden verse con los objetivos microscópicos de larga distancia focal, hifas hialinas, delgadas, ramificadas, tabicadas, y, sobre ellas, rosetas de conidias pequeñas, elipsoides, oscuras, reunidas en rosetas en las extremidades de las ramas terminales. Más tarde, aparecen y se multiplican los acúmulos de conidias laterales, formando "manguitos".

Tratamiento. Se prescribe una solución acuosa de yoduro de sodio e yoduro de potasio en partes iguales y se controla periódicamente a la paciente, constatando la rápida mejoría y la curación en el término de un mes.

2. COMENTARIOS

Los niños constituyen el grupo etario más numeroso en una población humana normal ; el grupo más emprendedor, inexperto y andariego ; el grupo que más gusta de explorar el ambiente vegetal y que más traumatismos recibe. Es natural que en ellos se observe con relativa frecuencia la esporotricosis.

Las pocas estadísticas existentes reflejan las previsiones inspiradas al sentido común (lo que es una alabanza no común, tratándose de estadísticas). Así, por ejemplo, en una serie de 378 casos diagnosticados en San Pablo (Brasil), el 21,9 por ciento correspondía a pacientes de hasta 10 años de edad.¹ El enfermo de menor edad, que hemos visto citado,² fue un infante de 42 días, estudiado por Aleixo en Belo Horizonte.

En una serie inédita de 76 casos, estudiados en Venezuela, el 21 por ciento de los pacientes tiene 10 años o menos; el 25 por ciento tiene menos de 13 años. El sujeto de menor edad corresponde a un niño de 19 meses, diagnosticado clínicamente por el Dr. Gustavo Rodríguez y confirmado por uno de nosotros.

3. REFERENCIAS

1. *Sampaio, S. A. P. y Lacaz, C.* 1959. Klinische and statistische Untersuchungen über Sporotrichose in Sao Paulo. *Hautarzt*, 10(11)490-493.
2. Belliboni, N. 1960. Esporotricose. Tese de Sao Paulo. Trabajo de la Cátedra de Dermatología y del Centro de Especialidades del I. V. S. S.

SUMMARY

A patient with Sporotrichosis of 27 months old is presented. *Sporotrichum schenckii* was demonstrated in cultures and asteroid bodies were found on direct examination from the pus of one lesion. The authors comment about an unpublished data of 76 cases in which 21 are of 10 years old or less of age, and that 25 % are of less than 13 years old.

The youngest case is from a 19 months old child diagnosed by Dr. Gustavo Rodríguez and confirmed by the authors.

BLASTOMICOSIS QUELOIDIANA O ENFERMEDAD DE JORGE LOBO

COMUNICACION PREVIA SOBRE UN CASO OBSERVADO *

*Dr. Oscar Reyes ***

*Dr. Mauricio Gohman ****

*Br. Carlos Goldstein *****

INTRODUCCION

Hemos creído útil y oportuna la comunicación de un caso de Blastomicosis queloidiana o Enfermedad de Jorge Lobo observado por íisotros en la consulta de Dermatología del Hospital "Carlos J. Bello" de la Cruz Roja Venezolana.

Se trata del tercer caso referido en nuestro país y del vigésimo publicado hasta ahora en la literatura mundial, de acuerdo a los datos que hemos obtenido en la bibliografía consultada.

Descripción del caso

Paciente J. P, de 80 años de edad, de color moreno oscuro, agricultor, viudo, natural de Maripa, El Caura, cerca de Caicara del Orinoco, Estado Bolívar, residenciado actualmente en Caracas.

Este paciente consultó el día 6 de mayo de 1961 presentando las lesiones cutáneas que serán descritas posteriormente.

Los antecedentes familiares y personales patológicos del enfermo no revisten interés en relación a su afección actual.

El comienzo de su padecimiento lo relaciona con un traumatismo sufrido en la planta del pie izquierdo al pisar una piedra, hace aproximada

* Caso presentado en la reunión de la Soc. Ven. de Dermatología, Venereología y Leprología del 3 de junio de 1961.

** Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital "Carlos J. Bello".

*** Médico Asistente del Servicio de Dermatología del Hospital "Carlos J. Bello".

**** Interno del Hospital "Carlos J. Bello". Asistente al Servicio de Dermatología mismo.

mente diez años, al estar residenciado en ese entonces en su lugar natal. Cuatro o cinco meses después observó en el, pie izquierdo la aparición de lesiones que fueron progresando, aumentando en número y extendiéndose en superficie, abarcando cada vez mayor extensión en el miembro correspondiente, así fueron afectadas la pierna y rodilla izquierda. Posteriormente surgieron las lesiones en los miembros superiores hasta adquirir finalmente la distribución y el aspecto actual. El paciente refiere que desde el comienzo usó numerosos medicamentos tópicos para tratar de mejorar su enfermedad sin resultado alguno.

Al examen clínico presenta a nivel del pie y la pierna izquierda (foto 1), especialmente en su mitad inferior, numerosos nódulos salientes, hemiesféricos, sésiles, ligeramente eritematosos, que se agudizan hacia su parte más distal y se hacen ligeramente escamosos y en algunas lesiones costro-escamosos. La consistencia es firme, algunos están ulcerados y rezuman un líquido sero-purulento en escasa cantidad. Una placa

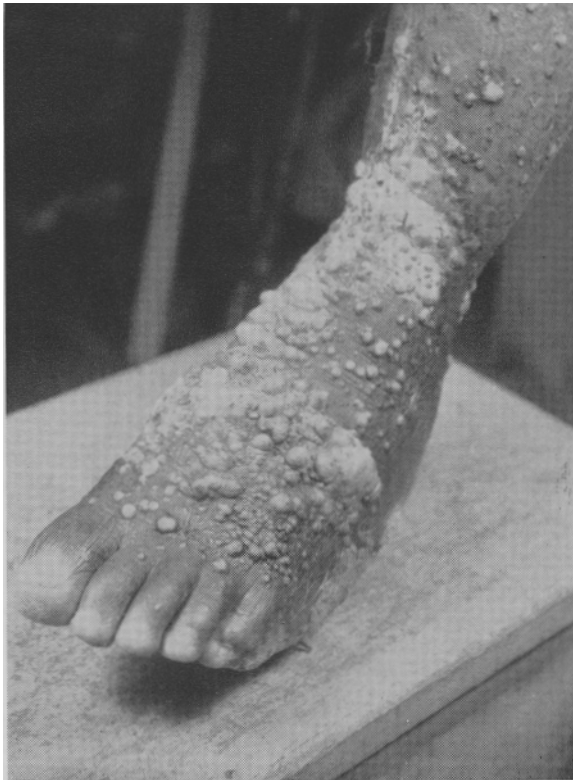


Foto N° 1. Múltiples nódulos aislados y agrupados, salientes, distribuidos irregularmente en dorso del pie y pierna izquierda.

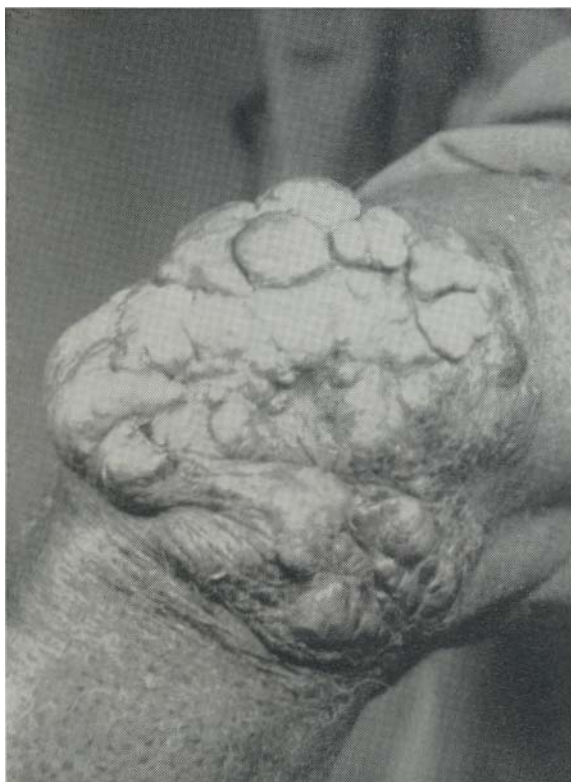


Foto N° 2. Placa de aspecto francamente queloidiano, cerebriforme, con superficie ligeramente escamosa y muy bien limitada, ocupando la rodilla izquierda.

gruesamente infiltrada (foto 2), de aspecto queloideano, de superficie encefaloide, ocupa la rodilla izquierda y las zonas adyacentes; está perfectamente bien limitada y con la base o el borde cutáneo-lesional ligeramente estrangulado, el color es rosado claro y en algunas zonas hay escamas discretas algo adherentes.

En ambos índices (foto 3) y en el pulgar derecho, se observan tumores redondeadas que ocupan todo el grosor del dedo, forman cuerpo con él y aumentan considerablemente el volumen de la zona correspondiente; la del índice derecho está exulcerada, ligeramente rezumante y de aspecto átono.

Al nivel de los antebrazos (foto 4) se aprecian nódulos subcutáneos de consistencia dura, bien delimitados, no adheridos a los planos vecinos y con distribución lineal o escalonada que hace suponer se trate de cadenas linfáticas atacadas específicamente por el proceso, y adquieren así



Foto NQ 3.-Tumoración infiltrante del cuerpo del dedo índice izquierdo con superficie exulcerada y ligeramente rezumante. La radiografía reveló indemnidad ósea.

un aspecto esporotricóide; es de notar además el aumento de volumen y consistencia de ambos ganglios epitrocleares.

El examen físico general del paciente reveló hipoacusia marcada, disminución de la agudeza visual, gerotoxon bilateral, ausencia de numerosas piezas dentales y cambios seniles de la piel. El examen general de los aparatos y sistemas no reveló nada de importancia, excepto modificaciones principalmente relacionadas con la edad del paciente.

Estudio radiológico

El resultado de la exploración radiológica fue el siguiente: "En las radiografías que nos fueron suministradas de revisión ósea para su estudio no encontramos modificaciones estructurales óseas propiamente dichas, ya que el aspecto aguzado de mayor densidad que se encuentra en la última falange del índice derecho lo atribuimos a modificaciones de las



Foto N° 4. Nódulos subcutáneos en los antebrazos, que siguen un trayecto linfangítico, con aspecto esporotricoidé.

estructuras osteoperiósticas condicionadas por la gruesa tumoración de partes blandas que afectan este dedo.

Hay una falta casi total de la última falange del pulgar del mismo lado que atribuimos a causa traumática. Probable secuela traumática es igualmente el aspecto del quinto metacarpiano de esta mano.

Hay un aparente aumento de la densidad de la primera falange del índice izquierdo, pero este aspecto está condicionado por la superposición de la sombra de partes blandas que lo rodean, un aspecto similar se encuentra en el resto de los huesos donde se observa superposición de la misma índole.

En la radiografía de tórax no se encuentran imágenes infiltrativas o nodulares de los campos pulmonares. (Dr. C. Herrera Pinto.)

Exámenes complementarios

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: (30-5-61)

Proteínas séricas

Resultados electroforéticos obtenidos por electroforesis en papel, según la técnica de Grassman y Hannig; coloración con amido negro 10 B, decoloración con ácido acético al 10 por ciento en metanol y lectura en densitómetro Evans E. E. L.: (foto 5)

	Prótidos totales	Albúmina	Globulinas			
			<i>a</i> ₁	<i>a</i> ₂	<i>b</i>	<i>y</i>
Valores relativos % ..	100	47.73	6.21	9.07	9.55	27.44
Valores absolutos (gr%)	6,52	3,11	0,40	0,59	0,62	1,80

Relación Alb./Glob.: 0,91.

Número de Hematíes por ^{mm}3: 3.375.000.

Hemoglobina en gr. % : 9,7.

Número de leucocitos por mmi.: 8.165.

Fórmula leucocitaria : Neutrófilos, 48; Eosinófilos, 1; Linfocitos, 50; Monocitos, 1.

Urea sanguínea: 0,17 gramos por litro.

Glicemia: 0,92 gramos por litro.

Creatinina : 2,10 miligramos por 100 ml.

Hematocrito : 31 por ciento.

Indice de sedimentación: 19,5.

Orina ácida con 1007 de densidad, albuminuria de + + + + ; Glóbulos de pus, Hematíes y leucocitos escasos. Heces sin parásitos.

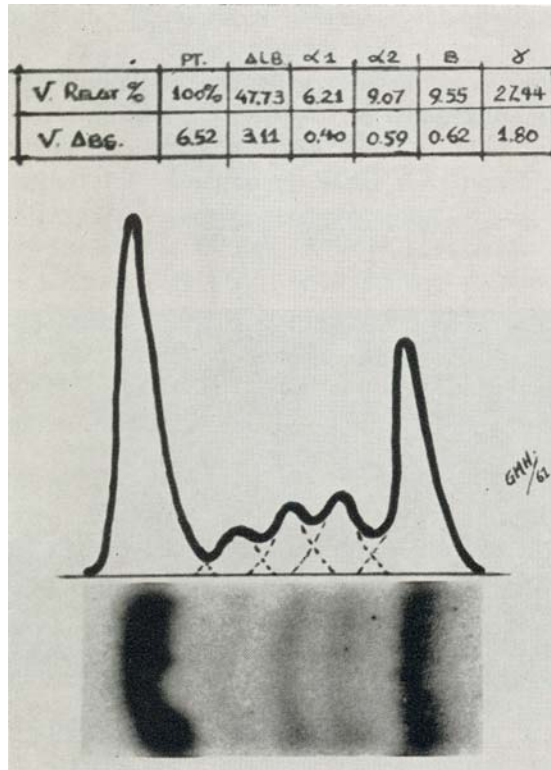


Foto N° 5.-Gráfico del estudio electroforético de proteínas Séricas.

Examen directo en fresco

Los resultados del examen en fresco del material obtenido por incisión superficial isquémica y raspado de las lesiones pueden ser resumidos así: "Se observaron multitud de estructuras redondeadas de doble contorno aisladas o monogemadas a veces en cadenas de hasta 5 elementos.

En muchas oportunidades fue posible apreciar la existencia de formas en reloj de arena. No observamos mayores detalles en frotis teñidos por el método de Giemsa.

Biopsias

1. De nódulo de pie izquierdo: (2149).

Epidermis: Hiperqueratosis intensa; acantosis.

Dermis ocupada difusamente y en toda su extensión por células his

tiocitarias, epitelioides y escasas y pequeñas células gigantes de tipo Langhans.

Gran cantidad de estructuras redondeadas de doble contorno, de centro esférico homogéneo y basófilo, distribuidas irregularmente en forma amplia difusa y masiva. No se observa gemación en estas estructuras.

2. De la placa de la rodilla izquierda. (2150), (foto 6).

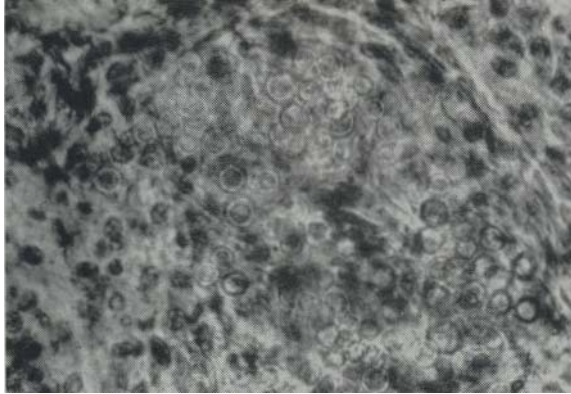


Foto Nº 6. Numerosas estructuras parasitarias redondeadas, de doble contorno, centro homogéneo sin multigemación, invadiendo masivamente la dermis.

Epidermis: Hiperqueratosis, cuerpo mucoso de grosor normal en algunas zonas, moderadamente atrófico en otras, siempre con rectificación del límite dermoepidérmico. Dermis masivamente infiltrada por histiocitos, células epitelioides, escasas células gigantes de tipo Langhans y además gran cantidad de estructuras redondeadas de doble contorno y de centro esférico homogéneo. La reacción tisular y la cantidad de parásitos es ostensiblemente menor en la zona subepidérmica.

De un nódulo subcutáneo del antebrazo derecho. (2193).

Fragmento sin epitelio.

Denso infiltrado dérmico constituido por numerosas células gigantes de tipo Langhans y elementos histiocitarios y linfocíticos con numerosas estructuras intra y extracelulares de forma redondeada y de doble contorno. No hay suficiente evidencia para, histológicamente, hacer el diagnóstico de ganglio linfático; es tal la intensidad de la reacción inicialmente señalada.

4. De piel aparentemente sana. (2194).

Epidermis: Hiperqueratosis ; atrofia de la capa espinosa. En dermis infiltrado constituido por linfocitos e histiocitos alrededor de los vasos. Elastosis y degeneración basófila del colágeno. (piel senil). No se observaron parásitos en los cortes examinados.

A partir del material obtenido mediante las primeras biopsias logramos efectuar algunas coloraciones especiales, entre ellas, las coloraciones de Hotchkiss-Mac Manus (Schiff) y especialmente la impregnación por la plata (Perdrau) contribuyeron a poner muy bien de manifiesto los parásitos.

La coloración de Sudan III demostró la presencia de lípidos en el granuloma.

Las estructuras parasitarias exhiben gotas de lípidos pequeñas o grandes en su interior.

Tratamiento

Este paciente recibió sulfadimetoxina ("Madribon(R)", Roche; Comp. de 0,5 gramos). Comenzó el día 17 de mayo de 1961; el primer día recibió cuatro comprimidos, luego siguió con dos al día hasta el 28 de mayo de 1961, desde cuando toma uno sólo al día. No se han presentado fenómenos de intolerancia digestiva o general, los controles hematológicos llevados a cabo cada dos semanas fueron normales.

Evolución

Se obtuvo mejoría moderada en el sentido de disminución de la infiltración de las lesiones, y desaparición de algunas de las más pequeñas.

Comentarios

Deseamos emitir unos breves comentarios. La observación de un paciente proveniente de un área netamente rural, de la Guayana venezolana, con lesiones nodulares y placas de aspecto queloideano, nos hizo pensar en la Enfermedad de Jorge Lobo. Esta impresión diagnóstica creemos que fue confirmada por el hallazgo histológico de una reacción tisular granulomatosa, frente a gran cantidad de estructuras redondeadas de doble contorno, sin multigemación que ataca en una forma amplia y difusa a la dermis y que corresponde a lo descrito en los casos anteriormente publicados; además ya con los resultados obtenidos mediante el simple examen directo en fresco podíamos tener prácticamente la seguridad en lo referente a la exactitud de nuestro diagnóstico clínico.

Al tomar en cuenta la literatura hasta ahora consultada, tenemos la impresión que nuestro caso es uno de los que ha presentado lesiones

más numerosas y extendidas; su procedencia coincide con la de los otros pacientes en un sentido general, oriundo de zona netamente rural. (Area Orinoco Amazonas).

La evolución o tiempo de duración de la enfermedad es largo, como en la mayoría de los casos publicados hasta ahora.

Deseamos llamar la atención acerca de la muy aparente progresión linfática del ataque parasitario de ambos antebrazos. Hechos similares han sido referidos por otros investigadores, quienes han podido identificar al examen histopatológico estructuras linfáticas alteradas por la invasión parasitaria y el infiltrado granulomatoso consecutivo.

Tenemos la impresión que hasta ahora no hay un criterio unánime sobre cultivo e identificación del parásito causal.

Queremos hacer resaltar la mejoría obtenida en este paciente gracias al empleo de la sulfadimetoxina, hecho doblemente interesante ya que hasta el presente no había sido referida ninguna medida terapéutica que fuera siquiera medianamente eficaz en el tratamiento de esta afección y por otra parte abre la vía hacia ulteriores y más completas investigaciones con ésta u otras drogas a fin de encontrar el tratamiento medicamentoso ideal de esta rebelde entidad nosológica. Nos hemos propuesto el estudio de diferentes aspectos de cultivos, inoculaciones, histoquímica, sobre el presente caso que esperamos llevar a cabo en colaboración de otros colegas para justificar una próxima publicación.

RESUMEN

Se presenta una comunicación previa sobre el tercer caso de Blastomycosis Queloidiana o Enfermedad de Jorge Lobo observado en Venezuela.

Se hace la descripción clínica del caso, los exámenes complementarios efectuados, incluyendo los datos histopatológicos obtenidos. Se añaden algunos breves comentarios, en especial, relacionados con la literatura que se ha consultado.

SUMMARY

The authors make a preliminary report about the third case, of Jorge Lobo's disease (keloid blastomycosis) published in Venezuela. The clinical features of the case and the results of the tests that were made, including the histopathological data, are described. A short commentary, especially related with bibliography that was consulted; is included.

RESUME

Les auteurs présentent le troisième cas de maladie de Jorge Lobo publié au Vénézuéla. Dans cette communication préliminaire jis exposent les caractéristiques cliniques du cas, et aussi les résultats des examens complémentaires en inclouant les trouvaillles histopathologiques. Au même temps jis font un tres court commentaire qui traite primordialement sur la bibliographie consultée.

BIBLIOGRAFIA

1. Almeida de Floriano e Silva Lacaz da, Carlos: "Blastomicose Tipo Jorge Lobo". Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo. vol. XXIV, p. 5-37; 1948-49, Sao Paulo, Brasil.
2. Nery Guimaraes, F. y Macedo, D. G. "Contribução ao estudo das blastomicoses na Amazonia". O Hospital, vol. 38, N° 2.223-253. 1950.
3. Lobo, Jorge: "Blastomycoses" Ann dermat. et. syph 82:376-387, 1955.
4. Ciferri Raffaele, Carneiro Luiz Siqueira, Campo Sylvio, Cordeiro de Acevedo Paulo: "Advance in the knowledge of the fungus of Jorge Lobo's disease". The Journal of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 59, N° 9, pág. 215-215, 1956.
5. Campo-Aasen, Imelda: "Nota previa sobre el primer caso de Enfermedad de Jorge Lobo o Blastomycosis Queloidiana en Venezuela". Dermatología Venezolana. Año 1, vol. N° 1. Diciembre de 1957. Caracas.
6. Campo-Aasen, Imelda : "Blastomycosis queloidiana o Enfermedad de Jorge Lobo en Venezuela". Dermatología Venezolana. Año 2, Vol. N° 3. Diciembre de 1958. Caracas.
7. Fialho, Francisco: "Dois casos de Micose de Jorge Lobo". Rev. Brasil cirurg. 35(6), p. 567-571, 1958.