

RHINOSPORIDIOSIS EN EL ESTADO BARINAS

1980 - 1990

Dr. Rolando Hernández P.*

Dra. Carmen Bastidas M.**

Hernandez R, Sastidas C: **Rhinosporidiosis en el Estado Barinas**. Dermatología Venezolana 0: 143 151, 1992.

RESUMEN

La Rhinosporidiosis, es una rotación micótica producida por *Rhinosporidium seeberi*, mundialmente conocida y se presenta con cierta frecuencia en nuestro país, especialmente en los Estados; Barinas y Portuguesa.

Se estudiaron 10 casos de Rhinosporidiosis, que se presentaron en el Estado Barinas en el periodo 1980-1990, los cuales ingresaron al servicio de Dermatología del Hospital "Dr. Luis Razetti" del Estado Barinas, corroborándose cada caso por Anatomía Patológica, e implementándose tratamiento quirúrgico con excelente evolución; este estudio permitió concluir que se trata de una patología que afecta la población joven del sexo masculino, no transmisible de persona a persona, sino probablemente a través de aguas estancadas o vegetación acuosa especial; invade principalmente la mucosa nasal o conjuntiva ocular, aunque han sido descritas

Otras localizaciones.

SUMMARY

Rhinosporidiosis is a mycotic infection produced by *Rhinosporidium seeberi*. It is known all over the world and frequently appears in Venezuela, especially in Barinas and Portuguesa states.

Ten Rhinosporidiosis cases were studied; they were located in Barinas state during the period 1980-1990 and were attended., at the Dermatology Service- of "Dr. Luis Razetti". Barinas General Hospital. Each case was verified by Pathology Anatomy; surgical treatment was implemented and excellent evolution was obtained.

The results of the study permits to point out the conclusion: that it is a pathology which affects the young male population. It is not transmittable from person to person but probably through, the effects of stagnated waters or special aqueous vegetation. It affects primarily the nasal mucous or the ocular conjunctive though another different localizations have already been described.

Palabras Claves: Rhinosporidiosis, Estado Barinas.

INTRODUCCION

La Rhinosporidiosis es una enfermedad granulomatosa crónica, cuyo agente causal es el *Rhinosporidium seeberi*,¹ clasificado dentro de los hongos. Invade

principalmente la mucosa nasal y conjuntiva ocular, aunque se han descrito casos con afección de la vagina, pene, paladar blando y sistema tráqueo-bronqueal.^{2,3,4,5,6,7,8,9,10}

Es una enfermedad mundialmente conocida, su distribución geográfica abarca India, Siam, Filipinas, Sri Lanka, Malasia, Irán, Uganda, Inglaterra, Italia, Argentina, Uruguay, Paraguay, Brasil, Venezuela y Estados Unidos.^{6,9,10,11,12,13}

En nuestro país se presenta con cierta frecuencia en los Estados Portuguesa y Barinas,^{9,10} por lo cual estudiaremos los casos que a nuestro alcance se presentaron en el Estado Barinas durante el período 1980-1990.

HISTORIA DE LA RHINOSPORIDIOSIS

Guillermo Seeber, argentino, estudiante del último año de Medicina,

* Médico Dermatólogo Adjunto del Servicio de Dermatología. Hospital General "Dr. Luis Razetti"

** Médico Residente Ad Honorem del Servicio de Dermatología. Hospital General Dr. Luis Razetti".

en su tesis doctoral (1900), describe 2 pólipos nasales donde visualizó un parásito.¹ Wernicke lo denominó *Coccidium seeberi* y lo considera como protozoario.¹⁴

El primer caso reportado en la literatura, según Krishnan K. Nair, del Estado de Kerala, India,¹⁵ procedía de Calcuta y fue descrito como Psoroptosis (1902-1903).

Paralelamente O'Kinealy describe en 1903 una lesión poliposa nasal, en 1905 se creó el término de *Rhinosporidium Kinealyi*,¹⁶ estos autores desconocían el trabajo original de G. Seeber.

Aswort, en 1923 realiza estudios detallados, describiendo la estructura y ciclo de vida, concluyendo que podía ser considerado como hongo, clasificándolo dentro del orden de los Phicomycetes, suborden Chytridi-nae y estableció el nombre de *Rhinosporidium seeberi*.²

En 1987, Gery, Meutin y Broitschwerdt lograron cultivarlo durante 63 días.¹⁷

En nuestro país, Leandro Potenza y Alfredo Celis Pérez en 1947, publican la primera observación venezolana de *Rhinosporidiosis* nasal en un hombre de 55 años de edad en el Edo. Cojedes, encontrando una formación de aspecto papilomatosa, adosada al tabique por un pedículo ancho; logrando demostrar histopatológicamente el hongo.²

Vicente Alizo y Franz Wenger publican "Tercer caso de *Rhinosporidiosis* nasal humana en Venezuela" (1953), en un varón de 30 años de edad, natural de Chejendé, Edo. Trujillo.⁶

Sánchez Beaujon y Scharly (1953), publican "*Rhinosporidiosis*, un caso de localización conjuntival", refiriéndose a un agricultor de 47 años, proveniente del Dto. Crespo. Edo. Lara.⁵

Vogelsang EG. en 1955 publicó "*Rhinosporidium seeberi*, parásito del equino de Venezuela", donde se describe como parásito del equino.⁷

Gómez F. Cordero Moreno R,

Doehner H. publican en 1962 "*Rhinosporidiosis*, un caso de localización en conjuntiva ocular".¹⁸

Gómez F. y colaboradores en 1974 publican 13 casos de *Rhinosporidiosis* conjuntival y como tratamiento practicaron extirpación quirúrgica total con diatermocoagulación, no observándose recidivas.¹³

Eberhard Sauerteig en 1980, realiza un análisis de 14 casos de *Rhinosporidiosis*, de los cuales 8 tenían localización nasal y los restantes conjuntival.⁸ En este mismo trabajo menciona una incidencia sobre los 50 casos observados en Venezuela, identificando a los Estados Barinas y Portuguesa como zona endémica para esta enfermedad, publicando su trabajo en los Estados Unidos.

En 1983 Darío F. Savino, Curtis E. Margo,¹⁹ analizan una muestra de lesión implantada en saco conjuntival, describiendo a detalle los hallazgos en microscopía de luz y electrónica, publicando su trabajo en los Estados Unidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se estudiaron 10 casos de *Rhinosporidiosis* observados en el período 1980-1990, asistentes a la consulta de Dermatología del Hospital "Dr. Luís Razetti" del Edo. Barinas, tratándose los mismos de personas de ambos sexos, comprendidas entre los 16 y 38 años de edad, procedentes de este Estado y en buenas condiciones generales, con alteraciones nasales o en conjuntiva ocular, a los cuales se les abrió historia clínica, se practicaron exámenes de laboratorio, estudio histopatológico de las lesiones y se realizó tratamiento quirúrgico.

HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES ESTUDIADOS

Caso N° 1: Femenina de 17 años de edad, natural y procedente del Dto. Obispos, estudiante en escuela rural, asidua bañista del río Caipe, referida de Triage de Adultos por tumoración poliposa para estudio, la

cual medía 8mm. de diámetro, y refería dificultad respiratoria y sensación de cuerpo extraño. Resto del examen DLN y hallazgo positivo de laboratorio: eosinofilia periférica moderada.

Se practicó sección de la base con posterior electrocoagulación y fulguración de la misma, cureteándose y volviendo a electrocoagular, hubo escasa reacción inflamatoria local y ausencia de dolor post-electrocirugía.

Anatomía Patológica reporta numerosas cavidades quísticas llenas de endosporas de tamaño muy pequeño en un epitelio pavimentoso maduro que sugiere *Rhinosporidiosis*.

Presenta excelente evolución clínica, con 4 controles hasta la fecha.

Caso N° 2: Masculino de 26 de edad, obrero de una finca del Dto. Barinas, pescador y bañista frecuente del río Paguey, referido de Emergencia de adultos por tumoración visible y sangrante para estudio en fosa nasal.

Presentaba tumoración poliposa en fosa nasal de 5 mm. de diámetro; al examen físico general: moderada hipertensión arterial. Hallazgos de laboratorio: V.S.G., colesterol y triglicéridos moderadamente elevados.

Se practicó disección del pedículo con tijera y pinza de Adson, con electrocoagulación y curetaje en dos oportunidades.

Anatomía Patológica reportó *Rhinosporidiosis*. Presenta excelente evolución post-electrocirugía.

Caso N° 3: Masculino de 18 años de edad, sin oficio definido, bañista de diversos ríos del Estado Barinas (Sto. Domingo, Paguey, La Acequia); quien consultó al servicio de Oftalmología por "tumoración carnosa" en conjuntiva de ojo izquierdo; se solicitó interconsulta con este servicio, donde se plantea diagnóstico clínico de *Rhinosporidiosis*, sugiriendo extirpación quirúrgica. Anatomía Patológica corroboró el diagnóstico.

Este paciente está siendo contro-

lado por ambos servicios, con excelentes resultados cosméticos.

Caso N° 4. Masculino de 28 años, chofer de tráfico interurbano, frecuentemente se internaba en pequeñas zonas boscosas grandemente irrigadas por pequeños riachuelos en las cercanías de Barinitas; es referido de Emergencia de Adultos al servicio de Oftalmología con diagnóstico clínico de "Pterigion Gigante y espinocelular en conjuntiva ocular". En interconsulta con nuestro servicio, se sugiere excisión quirúrgica, por considerarla clínicamente como Rhinosporidiosis, se practicó la misma y el reporte histopatológico confirmó nuestro diagnóstico.

Caso N° 5. Masculino de 29 años de edad, mecánico, habitualmente pescaba y tomaba baños de inmersión en el río Sto. Domingo, es referido a Oftalmología con diagnóstico de epiteloma espinocelular, se realiza interconsulta con este servicio, donde planteamos diagnóstico clínico de Rhinosporidiosis, por lo que se realiza excisión quirúrgica y estudio histopatológico, cuyo reporte confirmó nuestro diagnóstico. El examen físico general y laboratorio se encontraban DLN. Este paciente es controlado por ambos servicios presentando buena evolución clínica.

Caso N° 6. Masculino de 38 años de edad, agricultor, refería visitas frecuentes a balnearios ubicados en río Sto. Domingo, Acequia, Paso de la balza, etc., es referido al servicio

de oftalmología con diagnóstico clínico de Pterigion Gigante en ojo izquierdo, se solicitó interconsulta con nuestro servicio, se recomendó la excisión quirúrgica por posible cuadro clínico de Rhinosporidiosis, siendo este diagnóstico confirmado por Anatomía Patológica.

Este paciente ha presentado excelente evolución post-quirúrgica y es controlado por ambos servicios.

Caso N° 7: Femenina de 30 años de edad, manicurista, refiere salidas frecuentes a fincas ubicadas en los alrededores de la ciudad de Barinas, tomando baños de inmersión en los ríos cercanos, como antecedente importante a su hermana le habían "quemado" pólipos en fosas nasales, (esta hermana no pudo ser localizada); es referida de la Emergencia de Adultos al servicio de Dermatología con diagnóstico de Pólipo Gigante sangrante.

El examen físico general: obesidad moderada, hipertensión Arterial moderada. Se planteó diagnóstico de Rhinosporidiosis por lo que se practica disección del pedículo con pinza de Adáon y tijera roma curva y electrocoagulación y curetaje en varias oportunidades; la paciente no asistió a controles posteriores.

Caso N° 8. Masculino de 28 años de edad, agricultor de la población de Obispos; cazador y pescador habitual, con contacto directo con ríos y riachuelos de corrientes lentas,

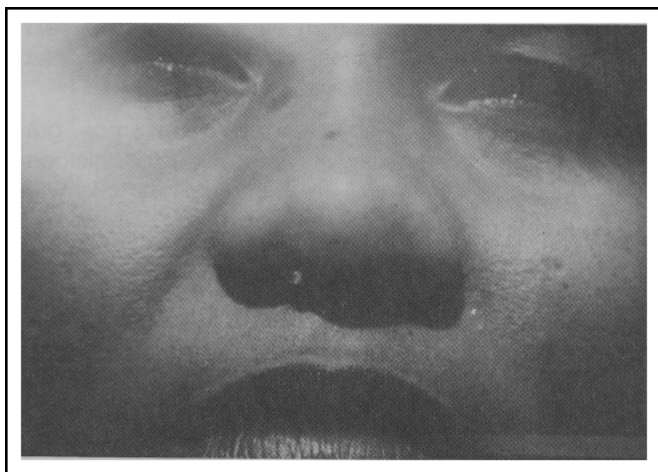
fue referido al servicio de ORL y mediante interconsulta con nuestro servicio decidimos extirpación quirúrgica por la presunción diagnóstica de Rhinosporidiosis, se envió muestra a Anatomía Patológica, reportando Rhinosporidiosis. Presentó excelente resultado post-quirúrgico.

Caso N° 9. Masculino de 16 años de edad, procedente de la ciudad de Barinas, estudiante y con antecedentes de acudir con regularidad a bañarse en el río Sto. Domingo, recuerda haber recibido pequeños traumatismos con piedras al lanzarse al fondo del río, fue referido a este servicio por Emergencia de Adultos, presentando tumoración sangrante para estudio en fosa nasal.

Se practicó excisión quirúrgica y electrofulguración de la base. Anatomía Patológica reportó Rhinosporidiosis. Presentó buena evolución.

Caso N° 10. Masculino de 32 años de edad, natural y procedente de Barrancas de Barinas, carpintero y pintor, referido por médico rural a nuestro servicio por tumoración poliposa sangrante y dolorosa en fosa nasal. Se practicó excisión quirúrgica y electrofulguración de la base, enviándose material a Anatomía Patológica, reportando Rhinosporidiosis. Se desconoce su evolución posterior ya que el paciente no acudió a controles.

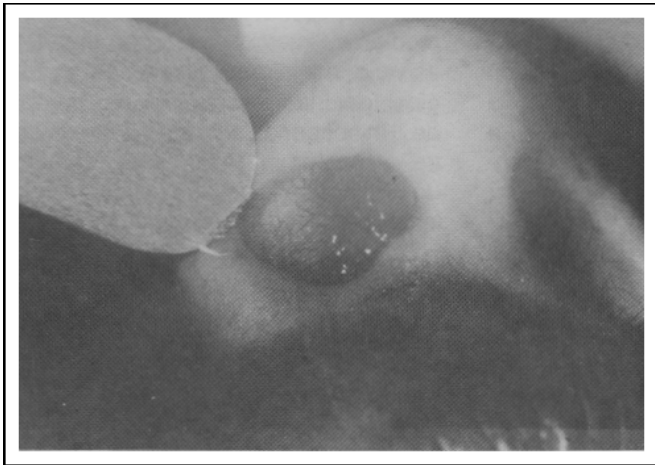
Seguidamente ilustraremos algunos de los casos clínicos.



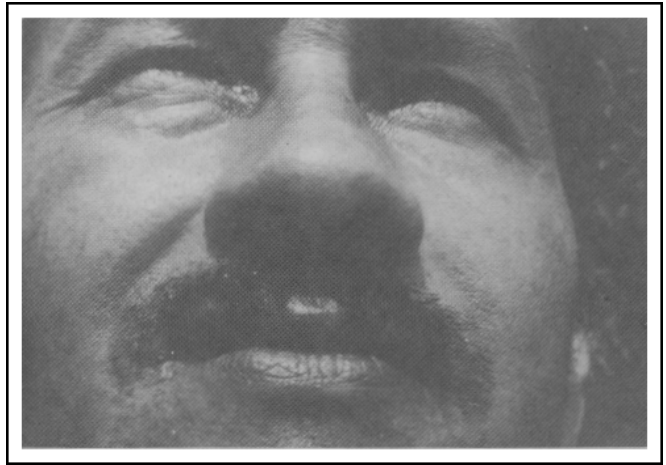
Caso clínico N° 1



Caso clínico N° 3



Caso clínico Nº 9



Caso clínico Nº 10

ANATOMIA PATOLOGICA

Aspecto Macroscópico: El tamaño de la tumoración producida por el hongo oscilaba entre 4 y 10 mm. de diámetro, se trata de un tejido friable, color rojo oscuro y aspecto papilomatoso, con numerosos "puntitos" blanquecinos y grisáceos del tamaño de la punta de un alfiler, que da al tejido aspecto de fresa. Las tumoraciones mayores presentaban una base ancha; mientras que las más pequeñas mostraban formación poliposa.

Aspecto Microscópico: Las tumoraciones estaban recubiertas por epitelio pavimentoso de la conjuntiva ocular o de las cavidades nasales, que mostraban atrofia o hipertrofia con ulceraciones secundarias pequeñas. Por debajo del epitelio se observaron 2 tipos de células fúngicas rodeadas por tejidos de granulación

muy vascularizado. Un tipo se compone de células redondeadas pequeñas, con cápsulas gruesas y un núcleo pequeño, situado en la porción central de células rodeadas de un material amorfo proteinoso, se trata de los así llamados "Trofozoítos", el otro tipo se trata de la forma atrófica inmadura. El Trofozoíto, se caracteriza por presentar una cápsula de estructura simple. De esta forma se desarrollan los esporangios típicos, que tienen diámetro de hasta 300 micras. Estos esporangios contienen abundantes esporas que rellenan la cavidad del esporangio, de tal manera que las esporas maduras se acumulan en un polo del mismo. Los esporangios se desarrollan en dirección hacia la superficie de la tumoración, produciendo adelgazamiento y atrofia del epitelio superficial, resultando una ruptura de la pared del esporangio cístico para poder sembrarse en el mismo u otro huésped,

es interesante observar como las endosporas dentro de los esporangios que muestran una forma de mora, se transforman inmediatamente después de salir de los esporangios y retoman su forma redonda con estructura triple de su cápsula. Los esporangios vacíos se comportan como cuerpos extraños y producen una reacción respectiva en el tejido. Aparecen típicas células gigantes alrededor de los fragmentos capsulares acompañados por granulocitos e histiocitos, ocasionalmente se forman algunos microabscesos.

Alteraciones más viejas presentan fibrosis del tejido externo y disminución del mismo de las células fúngicas, indicando la posibilidad de procesos involutivos.

A continuación ilustraremos gráficamente algunos aspectos histopatológicos de las muestras examinadas.



Fig. Nº 1: Khittosporidiosis. Se reconocen numerosas células, quistes de *Rhinosporidium seeberi* y algunas formas más pequeñas llamadas "Tróficas". Col. HE.



Fig. Nº 2: Rhitiosporidiosis. Dos células grandes quísticas, maduras de *R. seeberi* que contienen numerosas "esférulas proteicas" pequeñas. Col. HE.

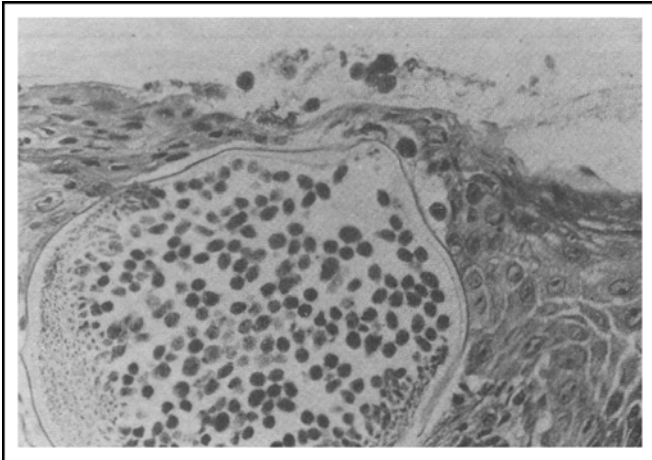


Fig. Nº 3: Rhitiosporidiosis. Célula grande quísticas madura, donde se observa insinuación de la perforación a través de un polo. Col. HE.

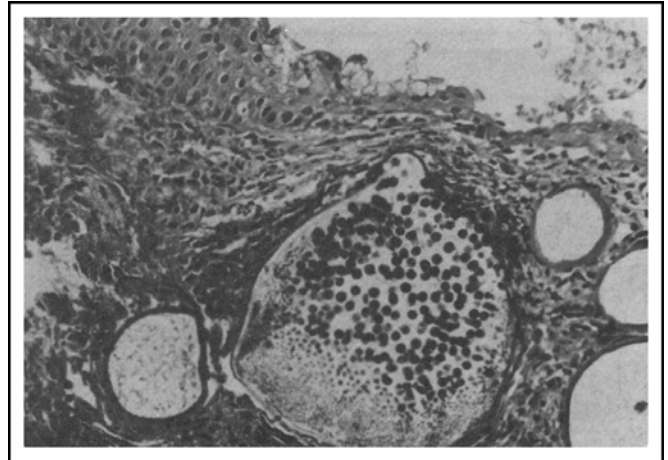


Fig. Nº 4: Rhitiosporidiosis. Gran célula micética madura de *R. seeberi*, en la que se insinúa el polo de ruptura que se aproxima a la superficie del epitelio. Al lado tres células fúngicas inmaduras. Col. HE.

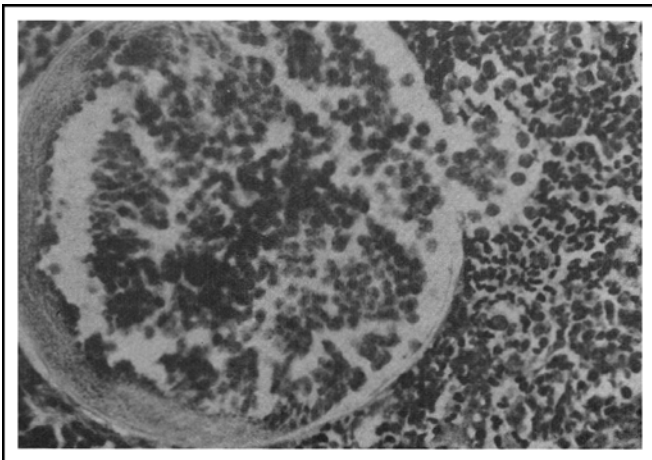


Fig. Nº 5: Rhitiosporidiosis. Gran célula micética madura quística de *R. seeberi*, con salida de endosporas. Col. HE.

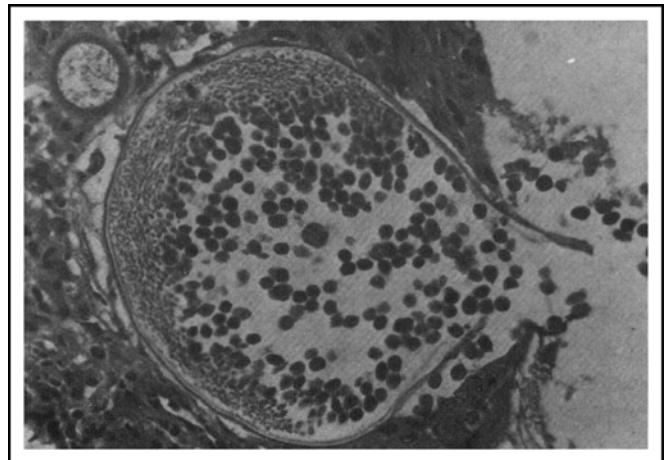


Fig. Nº 6: Rhitiosporidiosis. Después de la perforación del epitelio, se ve como de una célula fungica, quística, grande, salen numerosas endosporas. Los elementos fúngicos pueden ser comprobados, por consiguiente en los frotis de la superficie. Col. HE.

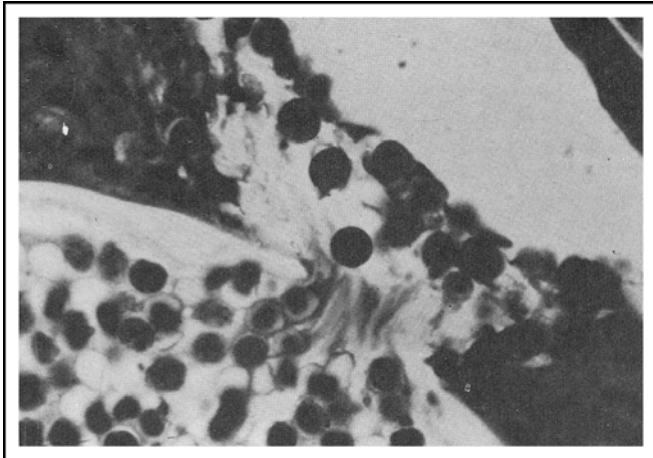


Fig. N° 7: Rhinosporidiosis. Vista cercana del poro de salida" de las numerosas esporangiosporas de una célula micética madura. Col. HE.

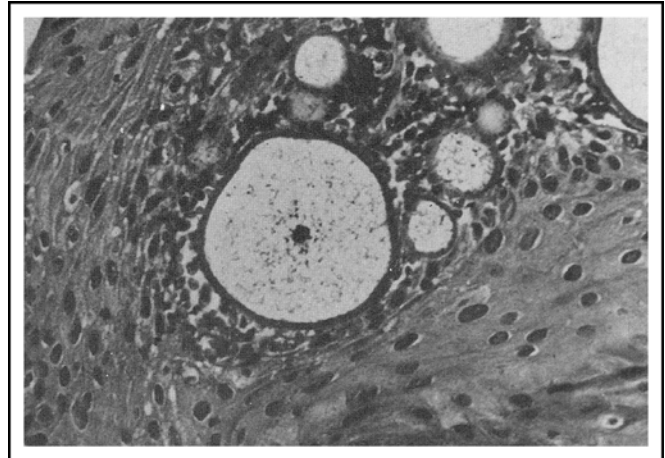


Fig. N° 8: Rhinosporidiosis. Forma trófica, inmadura de una célula fúngica de *R. seeberi*, con núcleo pequeño. Col. HE.

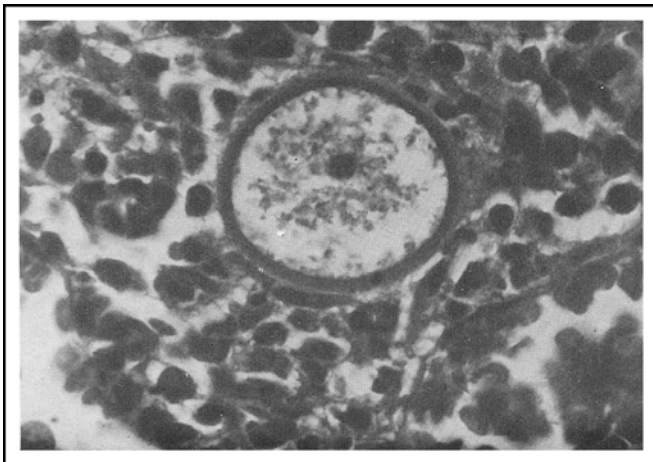


Fig. N° 9: Rhinosporidiosis. Forma trófica, inmadura de una célula fúngica de *R. seeberi*, con núcleo pequeño. Se observa reacción tisular moderada de plasmocitos, histiocitos y leucocitos. Col. HE.

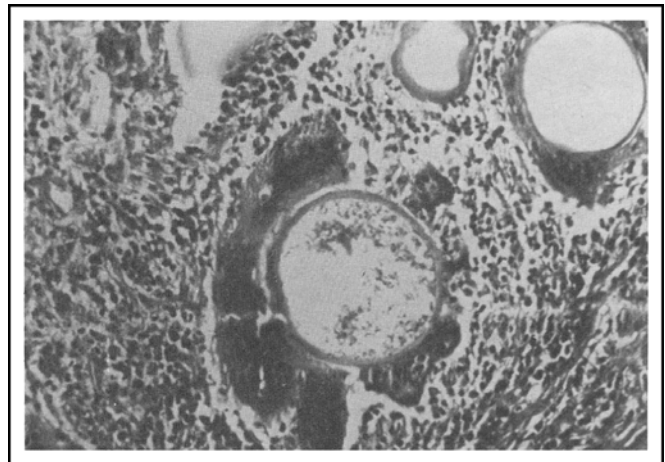


Fig. N° 10: Rhinosporidiosis. Alrededor de una célula fúngica grande, necrobiótica, se forman a veces células gigantes. Col. HE.

TABLA N° 1
RHINOSPORIDIOSIS EN BARINAS

Caso N°	Sexo	Edad	Zona Anatómica	Procedencia	Tamaño Tumoral
1	F	17 a	Nariz	Barinas	8 mm de diámetro
2	M	26 a	Nariz	Barinas	5 mm de diámetro
3	M	18 a	Conjuntiva	Barinas	7 mm de diámetro
4	M	28 a	ojo izquierdo Conjuntiva	Barinas	10 x 6 x 3 mm
5	M	29 a	ojo izquierdo Conjuntiva	Barinas	10 x 10 x 5 mm
6	M	38 a	ojo derecho Conjuntiva	Barinas	8 x 5 x 4 mm
7	F	30 a	ojo derecho Nariz	Barinas	5 mm de diámetro
8	M	28 a	Nariz	Barinas	4 mm de diámetro
9	M	16 a	Nariz	Barinas	9 x 6 x 6 mm
10	M	32 a	Nariz	Barinas	8 mm de diámetro

RESULTADOS

1.- Según grupos etarios se observó la distribución siguiente: el 30% ubicado entre las edades comprendidas en 11 y 20 años, 50% entre 21 y 30 años y 20% entre 31 y 40 años, no encontrándose ningún caso en otros grupos etarios. (Cuadro N° 1)

2.- El 80% de los pacientes pertenecían al sexo masculino y 20% al femenino. (Cuadro N° 2)

3.- El 80% de los casos refirieron antecedentes de haber tenido contacto frecuente con ríos o aguas estancadas. (Cuadro N° 3)

4.- El 100% tenían como procedencia el Estado Barinas.

5.- La localización anatómica más frecuente se observó en las fosas nasales, con 60%; el 40% restante corresponde a la conjuntiva ocular. (Cuadro N° 4)

6.- En el 90% de los pacientes se pudo observar excelente evolución, el 10% no acudió a controles sucesivos.

CUADRO N° 1

**Rhinosporidiosis por grupos etarios
Hospital General Dr. Luís Razetti
Departamento de Medicina
Servicio de Dermatología
Barinas 1980-1990**

Grupos Etarios	Nº de casos	%
0-10		
11-20	3	30
21-30	5	50
31-40	2	20
41-50		
51-60		
Total	10	100

Fuente: Archivo de Historias Médicas. HGLR

CUADRO N° 2

**Rhinosporidiosis por grupos etarios
Hospital General Dr. Luís Razetti
Departamento de Medicina
Servicio de Dermatología
Barinas 1980-1990**

Sexo	Nº de casos	%
Masculino	8	80
Femenino	2	20
Total	10	100

Fuente: Archivo de Historias Médicas. HGLR

CUADRO N° 3

**Rhinosporidiosis por grupos etarios
Hospital General Dr. Luís Razetti
Departamento de Medicina
Servicio de Dermatología
Barinas 1980-1990**

Antecedentes de Exposición	Nº de casos	%
Masculino	8	80
Femenino	2	20
Total	10	100

Fuente: Archivo de Historias Médicas. HGLR

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Antes del conocimiento del aspecto macroscópico del cuadro de una Rhinosporidiosis, había confusiones en el diagnóstico. Hay sobre todo dos tumores benignos que se confunden fácilmente con esta alteración: El papiloma y el pólipo de la conjuntiva ocular y de la mucosa nasal.

El papiloma puede mostrar una forma muy parecida a una Rhinosporidiosis, pero es en general tan rojo y el tejido parece más transparente; lo más importante es la falta de los "puntitos" blanquecinos o amarillentos, que dan un aspecto de fresa. Hay que mencionar también al pterigión, que cuando está inflamado muestra un aspecto muy similar.

Los carcinomas de la conjuntiva presentan en general un color blanquecino y solamente en su vecindad puede aparecer enrojecimiento de la conjuntiva. Nevos y melanomas pueden en ciertos casos recordarnos estas lesiones.

A nivel de los conductos nasales, debe ser distinguida de pólipos y papilomas, ya que pueden presentar gran semejanza. Otras enfermedades como el rinoescleroma, muestra generalmente una superficie más lisa, consistencia más firme y ausencia del aspecto de fresa que se observa en la Rhinosporidiosis y que corresponde a los esporangios.

El hemangiofibroma de los conductos nasales sangra fácilmente y puede presentar un color rojo intenso, pero la evolución es más lenta, la consistencia más firme y la

CUADRO Nº 4
Rhinosporidiosis por grupos etarios
Hospital General Dr. Luís Razetti
Departamento de Medicina
Servicio de Dermatología
Barinas 1980-1990

Localización	Nº de casos	%
Nasal	6	60
Ocular	4	40
Total	10	100

Fuente: Archivo de Historias Médicas. HGLR

ausencia de los "puntitos" blanquecinos es evidente.

Hay que mencionar brevemente otras micosis que también presentan esporangios: La coccidioidomicosis, es limitada a zonas de desierto en el sureste de Estados Unidos y en el norte de México, con pequeñas áreas en centro y Suramérica; la infección produce patología pulmonar y raras veces alteraciones en el organismo. El cuadro histológico de esta micosis es caracterizado por un tejido de granulación en el cual se encuentran típicas esférulas con endosporas, que tienen un diámetro de 30 a 200 mieras.

La adiadoesporomicosis, es una micosis pulmonar poco común, producida por *Emmonsia crescens*, las esporas inhaladas tienen un diámetro de 2 a 4 mieras, crecen y llegan a un diámetro de 200 a 400 mieras, rodeadas por una membrana gruesa de 20 a 30 mieras de diámetro. Ningún otro hongo patógeno tiene una cápsula tan gruesa.

TRATAMIENTO

No obstante existir diversos agentes antifúngicos y antibióticos, el tratamiento quirúrgico de la Rhinosporidiosis es la terapia de elección. Todos los demás tratamientos implementados hasta ahora han fracasado.

COMENTARIOS

La Rhinosporidiosis fue observada preferentemente en obreros que laboran en lagunas, tanques de agua, pantanos o ríos de poca corriente para extraer arena, pescadores o bañistas consuetudinarios.

El hecho de que los Estados Portuguesa y Barinas pertenecen a una zona geográfica muy irrigada por los ríos que provienen de la zona montañosa de los Andes, puede influir en la prevalencia de esta infección en ambos estados; además hay que añadir que la mayoría de la población vive en casas rurales y ranchos que carecen de agua potable por lo que se sirven directamente de los ríos y lagunas, en el tiempo de invierno se observan frecuentes inundaciones que en muchas ocasiones son bienvenidas, utilizándolas para bañarse, o para trasladarse de una casa a otra en bote.

En nuestra observación no se constató una transmisión de un paciente a otro.

CONCLUSIONES

- 1.- Es una patología que afecta pacientes en edades productivas de la vida y especialmente del sexo masculino.
- 2.- La Rhinosporidiosis es probablemente transmitida por aguas estancadas o por un vegetación acuosa especial.

- 3.- La riqueza fluvial del Estado Barinas puede tener importancia para la relativa frecuencia de esta infección.
- 4.- Las alteraciones producidas por esta infección tiene predilección por las fosas nasales y conjuntiva ocular.
- 5.- El tratamiento quirúrgico es la terapia de elección, es de fácil y rápida aplicación y da excelentes resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Seeber GR: Un nuevo protozooario parásito del hombre, dos casos encontrados en pólipos nasales. Tesis Universidad Nacional de Buenos Aires. Argentina, 1900.
- 2.- Potenza L, Celis Pérez A: Rhinosporidiosis nasal humana, primera observación venezolana. Rev Policl Caracas 16: 244, 1947.
- 3.- Bruni Celli B, Serrano O: Tercer caso de Rhinosporidiosis nasal humana en Venezuela. II Convención de Asociación Venezolana para el Avance de la Ciencia, 1952.
- 4.- Celis Pérez A, Potenza L: Rhinosporidiosis en Suramérica. Dos observaciones en Venezuela. Primer Congreso Latinoamericano de Otorrinolaringología. Santiago de Chile. Chile 2: 532, 1949.
- 5.- Sánchez Beaujon RA, Scharyj M: Rhinosporidiosis un caso de localización conjuntival. Rev Policl Caracas 21: 45, 1953.
- 6.- Alizo V, Wenger F: Rhinosporidiosis nasal, primer caso observado en el occidente de Venezuela. Rev Policl Caracas 21: 206-216, 1953.
- 7.- Vogelsang EG: *Rhinosporidium seeberi*. Parásito del equino de Venezuela. Rev Med Vet y Paras Caracas Vol. XIV, Nº1-4 Enero-Diciembre, 1955.
- 8.- Chacón JV: Rhinosporidiosis nasal, consideraciones sobre dos casos. Ac Med Ven XX,1, 15-17, 1973.
- 9.- Sauerteing E: Rhinosporidiosis in Barinas, Venezuela. Washington Paho/Eho pp 329-333, 1980.
- 10.- Sarfelder KJ, Schwarz E, Sauerteing: Atlas de Micosis Profundas. Schattner - Verlag. Frankfurt, 1979.

-
- 11.- Jain SN: Etiology an incidence of rhinosporidiosis. Indian Juornal of Otolaryngology 19 (1): 1-22, 1983.
- 12.- Kurumaratne WAE: Rhinosporidiosis in man. London, 9644. Athelome Press.
- 13.- Gómez RF, et al: Rhinosporidiosis conjuntival. Rev Oft Ven 33 (3-4) 1826, 1974.
- 14.- Von Haacke NP, Mugliston TAH: Rhinosporidiosis. J Laryngol Otol August 1982, Vol. 96; pp743-750.
- 15.- Krishnann KN: Clinical trial of diaminodiphenylsulfone (DDS) in nasal and nasopharyngeal rhinosporidiosis. The Laryngoscope. 89, 1979, pp291-295.
- 16.- Volgesan EG: Rhinosporidiosis Rev Med Vet y Paras. Maracay. Vol XVIII, N° 1-8, 1959-60.
- 17.- Easley JR, Meuten, Breitschwerdt EB, Holzinger EA, Cattley RC: Nasal Rhinosporidiosis in the dog. 23 (1): 50-6, 1986.
- 18.- Gómez F, Cordero Moreno: Rhinosporidiosis, un caso de localización en conjuntiva ocular. Rev Oft Ven 6: 40-4, 1962.
- 19.- Savino DF, Margo CE: Conjuntival Rhinosporidiosis. Light and electron microscopy study. Ophthalmology 90: 1482-1489, 1983.
-

18 CONGRESO MUNDIAL DE DERMATOLOGIA

Dr. Antonio José Rondón Lugo

Durante los días 12 al 18 de junio de 1992 se realizó en la cosmopolita ciudad de Nueva York este congreso que reunió a 7013 médicos, 1007 acompañantes, 97 enfermeras y 2382 de personal de exposición. Se realiza en el Javit Center, cómodo y funcional centro de convenciones.

La liga internacional de sociedades dermatológicas realiza estos eventos cada 5 años, los anteriores fueron en la ciudad de Berlín (1987) y Tokio (1982); además fue auspiciado este congreso por diferentes asociaciones de dermatología norteamericana.

Diariamente se realizaban 9 Simposios, 10 reuniones de grupos de trabajo (Workshop), presentación (4) de aproximadamente 34 casos clínicos diariamente (similar a nuestros minicasos), Poster (trabajo libre en cartel), con un promedio de 200 cada día, que brindó la oportunidad de revisar nuevos tratamientos y entidades, así como de observar tecnologías de investigación avanzada.

Avances en Dermatología: diariamente se dictaban 4 conferencias de actualización.

Cursos: Se realizaban 2 cursos diarios y una conferencia especial.

La mayoría de los tópicos dermatológicos fueron abordados y discutidos.

Cuatro idiomas eran oficiales: Inglés, Español, Alemán, Francés. Pero casi todas las conferencias fueron en el idioma inglés, en algunas sesiones no había traducción. El Presidente del Congreso fue el Dr. John Straus, Secretario General Dr. S. Katz, adjunto Alan Shalita. El Presidente del Comité Internacional era el Dr. Klaus Wolff (Austria) y eran miembros: Stuart Maddin, Hans Rorsman (Suecia), Ruggero Caputo (Italia), Alfred Kopf (USA) Atausi Kukita (Japón), José Mascará (España), Ramón Ruiz Maldonado (México), Terence Ryan (Inglaterra), Sebastiao Sampaio (Brasil) Niels Sonnichsen (Alemania), Jean Triviolet (Francia).

El día 15 de junio se realizó la asamblea de delegados de las 77 Sociedades que agrupan a 19866, fueron electos los Dres.: Constantino Orfanos (Alemania) Takegi Mishikana (Japón), Dra. María Mélida Durán (Colombia), Ana de Kaminski (Argentina), el próximo Congreso se realizará en Sydney Australia en 1999.

Estos Congresos internacionales representan un momento importante en la dermatología mundial y es necesario hasta donde sea posible asistir para calibrar nuestros conocimientos, aunque por la enorme cantidad de información dada de manera simultánea se recomienda asistir a los tópicos de mayor interés por el área de trabajo y tener la posibilidad de poder intercambiar ideas con aquellos que trabajan en campos de investigación similar.

Es necesario una mayor participación científica llevando posters y casos clínicos que siempre con nuestra variada patología tropical son de enorme interés mundial.