

CASO CLINICO

ASPERGILLOSIS DE LA PARED ORBITARIA

Dra. Omaira Millela *
 Dr. Alfredo Lander **
 Dra. Homagdy Rodríguez **
 Dr José Sardi **

Resumen

Las especies de *Aspergillus* son contaminantes comunes en el medio ambiente humano. Presentamos un caso excepcional de ataque a la pared de la órbita una paciente a quien se le había practicado enucleación del globo ocular por el desarrollo local d un epiteloma basocelular recidivante.

SUMMARY

Aspergillus species are common contaminants in the human environment. We present an exceptional case of orbit wall attack by *Aspergillus* in a patient whose ocular globe was enucleated because of recurrent basal cell epithelioma.

Palabras Claves: Aspergilosis. Epitelioma basocelular. Pared Orbitaria.

INTRODUCCION

Las especies de *Aspergillus* son contaminantes comunes en el medio ambiente humano y pueden ser responsables de una variedad de entidades clínicas de localización predominantemente pulmonar en pacientes cuyas defensas han sido alteradas por enfermedad primaria severa o por terapia inmunosupresora^{1,4,5}

Desde la descripción de los primeros casos una amplia variedad de manifestaciones, no sólo pulmo-

nares sino también extrapulmonares, han sido descritas, incluyendo lesiones de la piel, ojos, oídos, senos paranasales, etc^{1,2,3}.

Varias especies del género *Aspergillus* han estado implicadas, pero con mayor frecuencia el *A. fumigatus* que , es capaz de causar aspergilosis invasiva; otras especies incluyen: *A. flavus*, *A. niger*, *A. nidulans*, etc^{1,2,3,4,5}

Presentamos un caso excepcional de ataque a la pared de la órbita en una paciente a quien dos (2) meses antes se le había practicado enucleación del globo ocular izquierdo por presentar epiteloma basocelular refractario a otras formas de tratamiento.

CASO

Paciente femenina de 56 años de edad, natural y procedente de Barbacoa (Estado Aragua), conocida del

Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas desde el mes de julio de 1987 por presentar epiteloma basocelular sólido, morfeiforme, metatípico en párpado inferior izquierdo que fue tratado inicialmente con radioterapia (en total 5000 Rads) y cuatro (4) meses después mediante resección quirúrgica por persistencia del tumor tanto en párpado inferior como en el ángulo interno del ojo. Recurrencias subsiguientes fueron igualmente reseçadas en cuatro oportunidades, decidiéndose finalmente un tratamiento más agresivo y en el mes de febrero de 1988 se le practicó enucleación del ojo.

En el post-operatario inmediato recibió cefotaxime durante 1 mes por presentar secreción purulenta en el piso de la órbita.

Se practica cultivo bacteriológico de la secreción reportando: Sta-

* Médicos dermatólogos egresados del postgrado de Dermatología, Cátedra de Dermatología y Sifilografía, Escuela de Medicina Luis Razetti, U.C.V.

** Profesores de la Cátedra de Dermatología y Sifilografía, Escuela Luis Razetti, U.C.V.

filococo coagulasa positivo y **Pseudomona sp**, sensible a Sulfametoxazol-Trimetropin y Gentamicina, los cuales recibió por dos semanas, hasta la desaparición de la secreción.

A los dos meses de la intervención se coloca injerto de piel libre en cavidad orbitaria, tomado de la región supraclavicular izquierda, el cual evoluciona tórpidamente con necrosis parcial del mismo. Al mes de haberse practicado el injerto se observa en la pared postero-superior interna de la cavidad orbitaria y sobre parte del injerto, una membrana de color gris-negra fácilmente desprendible, que deja una superficie sangrante. (Fig. 1)

EXAMENES REALIZADOS

- 1.- Exámenes de laboratorio: Rutina amplia: D.L.N.
- 2.- Examen micológico:
 - a) Examen microscópico directo por aclaramiento con KOH y tinción con tinta Parker, del raspado de la pared de la órbita; se evidencia la presencia de abundantes hitas gruesas, medianas, irregulares de color marrón, y con múltiples cabezuelas redondeadas de *Aspergillus*.
 - b) Cultivo en medio tritmel permitió observar un moho de crecimiento rápido, de color negro intenso, de superficie

granular y al reverso un pigmento amarillo negro, identificándose como *Aspergillus niger*.

3.- Biopsia: H.E. PAS Y Grocott.

Presencia de hitas delgadas no tabicadas con ramificaciones cortas en escamocostra.

En vista de los resultados obtenidos se inicia tratamiento con: Itraconazol: 400 mg/día conjuntamente con tocamientos de **Anfotericina B**. Al mes de iniciado el tratamiento, en vista de no haber respuesta, tanto clínica como micológica, se decide asociar **Anfotericina B IV** a la dosis de 0,10 mg/Kg/día, la cual se aumenta progresivamente hasta llegar a 0,40 mg/Kg/día.

A los 5 días de tratamiento se evidencia mejoría, con disminución de la membrana oscura y de la secreción amarilla, hasta la resolución total alcanzada con la dosis total de 260 mg. de **Anfotericina B** en 25 días. El Itraconazol se suspendió a los 9 días de iniciada la Anfotericina.

COMENTARIOS

Aspergillus está entre los hongos saprófitos más frecuentes, que crecen sobre una gama de sustratos naturales y bajo diversas condiciones. Es ubicuo en el medio ambiente por la facilidad para producir y dispersar sus conidias desde donde él está localizado en la naturaleza¹.

El hombre se ha beneficiado con el empleo de ciertas especies de ***Aspergillus*** en la industria de alimentos, producción de ácido, cítrico, etc.

Pero por otra parte la asociación hongo-hombre puede tener efectos perjudiciales para este último con la producción de enfermedad, o para la industria deteriorando alimentos, textiles, maderas, plásticos, etc. y produciendo enfermedades en animales domésticos.

Factores predisponentes que alteran el mecanismo inmune por enfermedad (leucemia, cáncer, etc) y tratamientos con antibióticos de amplio espectro y por tiempo prolongado, esteroides, citotóxicos, etc, han sido siempre implicados como factores que predisponen a la colonización o invasión del hongo².

En la paciente, el uso de antibióticos de amplio espectro por tiempo prolongado, la colocación de un injerto de piel en la cavidad orbitaria con necrosis del mismo han podido ser los factores predisponentes para la colonización de la cavidad por ***Aspergillus niger***.

Con el uso de imidazólicos sistémicos como el Itraconazol no se obtuvo beneficio a pesar de que esta droga ha mostrado ser efectiva en casos de aspergilosis.

El tratamiento sistémico con Anfotericina B permitió erradicar la infección en 25 días. Seis meses después de completar el tratamiento



Fig. 1: Pared orbitaria afectada por *Aspergillus niger*.

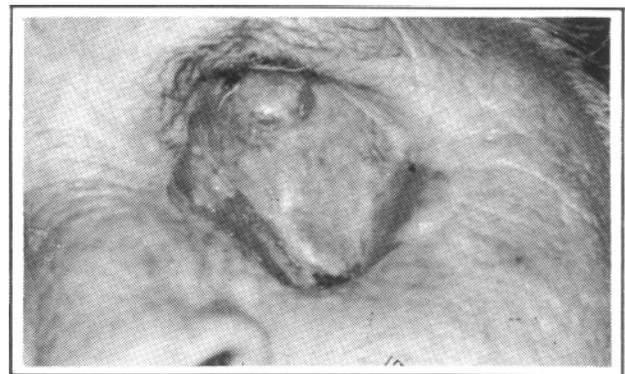


Fig. 2: Aspecto de la órbita curada y cicatrizada a los 6 meses del tratamiento.

la paciente permanece libre de infección.
(Fig. 2)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aspergillus y Aspergilosis. Edit. por Vanden H, Mackenzie D. & Cauwembergh G. Plenum Press, N.Y. and London, 1988.
- 2.- Fisher B, and et al. Invasive aspergilosis, progress in early diagnosis and treatment. The Am J Med, 71: 571-578, 1981.
- 3.- Lederman J, and et al. Endogenous intraocular aspergilosis. Arch Ophthal, 76: 233-237, 1986.
- 4.- Meyer R. and et al. Aspergilosis complicating neoplastic disease. The Am J of Med. 54: 6-15, 1973.
- 5.- Paradis A.J., Roberts, L. Endogenous ocular aspergilosis. Arch of Ophthal, 69: 765-769, 1963.
- 6.- Vedder, J and et al. Primary disseminated pulmonary aspergilosis with methastatic skin nodules. JAMA 209: 1101-1195, 1969.

REVISION DE LIBROS

TROPICAL MYCOSES.

El-Sheikh Mahgoub (Ed.), Mackenzie, D.W.R. (Ass. Ed.)
Published by Janssen Research Council. Sin fecha.

Cubierto en papel; 226 páginas; figuras en blanco y negro. El papel espeso, satinado, permitió una buena reproducción de las figuras, que son casi todas de buena calidad. El libro pesa 668 g. Comprende sendos capítulos sobre: Dermatofitosis, pitiriasis versicolor, candidiasis, micetoma, cromomicosis, lobomicosis, rinospodiosis, entomofitosis, granuloma aspergilar paranasal, actinomicosis y nocardiasis. O sea, no figuran todas las micosis tropicales.

Por las referencias bibliográficas podemos resumir que esta obra ha estado esperando por años la oportunidad de ser publicada. Las citas más recientes son del 1983. El capítulo mejor logrado y extenso (30 pp.) es el de histoplasmosis, escrito por Drouhet.

Como este revisor aparece en calidad de autor del capítulo sobre lobomicosis, considera su deber hacer notar que la acción de los "editores" quita autoría a los autores. Así, es imposible responsabilizar a nadie de lo que se dice en el libro. En mi caso, quiero referirme a 2 puntos como ejemplos.

Punto 1. Se da como aceptado el binomio Lobo y Lobo; para el agente de la lobomicosis por estar incluido en la Nomenclatura Internacional de las Enfermedades Infecciosas. En cambio, yo, que soy el autor del capítulo, he demostrado que tal nombre es inválido por haber sido atribuido a una cepa que resultó ser de *Paracoccidioides brasiliensis* (Medicina Cutánea, Año III: 151156, 1968).

Punto 2. A la pag. 169, se me hace decir a mí: "Man has been inoculated both voluntarily and involuntarily without resultant infection. Esto me lo hacen decir a mí, quien se inoculó exitosamente la lobomicosis y llevó una lesión en su rodilla una lesión progresiva por seis años y medio, hasta que el doctor José Ochoa tuvo a bien researla. Este experimento fue publicado y la publicación es citada entre las referencias del capítulo (Dermatología Venezolana, 3: 72-82, 1962).

No soy el primero en quejarme de la conducta desconsiderada de un "editor", ni esta ha sido la primera ocasión para mí. Esta adulteración sucede sobre todo cuando uno participa en colaboraciones internacionales, donde la distancia dificulta el control y no hay revisión del manuscrito definitivo. El autor queda sin poder expresar su pensamiento; el lector es llevado a dudar de la opinión del autor o a atribuirle opiniones inciertas.

Dante Borelli