

BLASTOMICOSIS SUD-AMERICANA

"Presentación de un caso con compromiso extenso y primitivo del colon, sigmoides y recto .

Drs: Víctor David Perea *
 Manuel Morales Gallegos **
 Juan Manuel Cruz Hurtado ***
 Jesús Valdez Herrera ****
 Félix Azpilcueta Azpilcueta *****

RESUMEN: Se presenta un caso de blastomicosis Sud-Americana digestiva en un mestizo oriundo de Puno que había radicado por temporadas en una zona selvática del sur del país, y cuya puerta de entrada creemos fue la mucosa ano-rectal.

El paciente ingresó al Hospital General de Arequipa fundamentalmente por un síndrome disentérico de tres meses de duración, demostrando su estudio clínico extenso compromiso del colon y recto.

El diagnóstico etiológico estuvo basado en repetidos estudios microcópicos, siendo negativos los procedimientos de cultivo y de inoculación al cobayo.

En la literatura médica revisada sólo hemos encontrado un caso similar, descrito en el Brasil.

SUMMARY: This paper is a report of a case of Sub-American blastomycosis with extensive compromise of the colon, sigmoides and rectum, studied in the General Hospital of Arequipa (Peru).

INTRODUCCIÓN: La blastomicosis sud-americana es una enfermedad granulomatosa crónica de la piel, membranas mucosas, ganglios linfáticos y órganos internos, causada por el Parococcidioides o Blastomyces brasiliensis. Su distribución es endémica en algunas áreas de sud-américa, especialmente en el Brasil, país donde constituye un serio problema de salud.

Las formas digestivas de esta micosis, incluyendo las rectales, son poco frecuentes y afectan de preferencia al intestino delgado y al sistema linfático intra-abdominal, por lo que también se les denomina formas linfático-intestinales. El tracto intestinal puede ser asiento de una infección primitiva o comprometerse secundariamente, por generalización de la enfermedad a partir de un foco distante, habitualmente situado en la región oro-faríngea, ano-rectal o en los pulmones.

El colon es raramente invadido, siendo el ciego la zona generalmente tomada. Nosotros hemos encontrado y estudiado recientemente en el Hospital General de Arequipa a un paciente autóctono de Puno, que presentaba extenso y severo compromiso del colon, sigmoides y recto, aparentemente secundario a una primo-infección ano-rectal. En la revisión de la literatura hemos encontrado un solo caso similar, aunque no detalladamente descrito, por lo que consideramos conveniente presentar esta forma realmente excepcional de la Blastomicosis sud-americana digestiva.

PRESENTACION DEL CASO:

H.C. Nº 234357, M.G.T., hombre, de 22 años, natural y procedente de Chupalla, Huancané, en el departamento de Puno; que ingresó por primera vez al Hospital General de Arequipa el 25-XI-1969; con una historia de tres meses de enfermedad, caracterizada por malestar general, astenia, anorexia y deposiciones líquidas, muco-sanguinolentas, en número de cinco a ocho al día, asociadas a pujo y tenesmo. El enfermo negaba fiebre, náuseas, vómitos, artralgias y alteraciones óculo-cutánea. Los antecedentes personales, (tanto fisiológicos como patológicos), mostraban como datos de interés el haber residido por tempo-

- * Profesor Asociado del Departamento de Medicina y Neuro-Psiquiatría de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
Médico Asistente, Departamento de Medicina, Hospital General de Arequipa.
- ** Profesor Auxiliar, Departamento de Medicina y Neuro-Psiquiatría de la Universidad Nacional de San Agustín.
Jefe del Servicio de Medicina Varones, Hospital General de Arequipa.
- *** Profesor Auxiliar a Dedicación Exclusiva de Microbiología e Inmunología de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
- **** Médico Residente de II Año, Hospital General, Arequipa.
- ***** Jefe de Prácticas, Departamento de Medicina y Neuro-Psiquiatría de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.

radas en la zona de San Juan de Oro (Ceja de Selva) y el haber utilizado en tales ocasiones hojas de plantas con fines higiénicos. El paciente refirió no haber tenido contacto alguno con personas portadoras de cuadros similares al que padecía.

Al examen físico se encontró un sujeto en buen estado general y de nutrición, afebril, (pulso: 80X', presión arterial: 100/70X' de Hg.). De positivo había ligera palidez de piel y mucosa, y discreto dolor en regiones iliacas a la palpación profunda; el resto del abdomen, así como el hígado, bazo, corazón y pulmones, no mostraban anormalidad; tampoco habían adenopatías o lesiones dérmicas; sistema nervioso y aparato locomotor normales. Finalmente, el examen rectal reveló una ampolla discretamente dolorosa, sin evidencia de lesiones anales o peri-anales.

Los exámenes de rutina mostraron: hemoglobina de 10.2 gr/100 ml., con anemia de tipo normocítico y normocrómico; 10,000 leucocitos por mm³, (con 19 0/o de bastones, 41 0/o de segmentados, 34 0/o de linfocitos, 4 0/o de monocitos y 1 0/o de basófilos), la velocidad de sedimentación globular era de 26/mm a la hora (Wester-green). Los valores de glucosa, creatinina, proteínas y electrolitos en sangre estaban dentro de límites normales.

Dada la alta incidencia de amebiasis y shigelosis intestinal en el medio local, se realizaron repetidos estudios coprológicos, tanto parasitológicos como bacteriológicos, con resultados persistentemente negativos, siendo la flora bacteriana intestinal normal (*E. Coli*, *O. vulgaris*, *A. Faecalis*). Repetidos exámenes proctosigmoidoscópicos mostraron una mucosa muy inflamada, edematosa y friable, recubierta por exudado purulento y con ulceraciones

múltiples de pequeño tamaño y bordes irregulares. El enema baritado reveló total ausencia de haustras, y un colon transversal u descendente de paredes lisas, rígidas, sin relieve mucoso, cuyo aspecto tubular era compatible, en general, con una colitis ulcerosa inespecífica (fig. N° 1 y 2).

Los estudios radiográficos de estómago, duodeno, intestino delgado y tórax, así como el examen oftalmológico, fueron totalmente normales.

Pese a que no se podía demostrar una etiología infecciosa o parasitaria, y dado lo excepcional de la colitis ulcerosa inespecífica en Arequipa, se instaló un tratamiento de prueba por dos semanas con emetina, oxi-tetraciclina e hidro-oxi-quinoleína, sin obtener respuesta favorable. Una nueva rectoscopia en enero de 1970, mostró empeoramiento de las lesiones, obteniéndose recién varias biopsias de las zonas más afectadas. El estudio anatómo-patológico de las muestras respectivas constató múltiples ulceraciones superficiales, así como edema y marcada infiltración inflamatoria a poli y mononucleares a nivel de la mucosa y sub-mucosa, en la que se podía apreciar formas parasitarias de *Paracoccidioides brasiliensis* (fig. 3 y 4). No habían micro-abscesos ni lesiones necrotizantes.

Establecido el diagnóstico, y confirmado en el laboratorio del Departamento de Microbiología y Patología de la U.N.S.A., se instituyó tratamiento inmediato con Amphotericina B, en dosis iniciales de 1 mg/kg de peso, que fueron gradualmente aumentadas hasta 10 mg/kg de peso, por infusión endovenosa lenta. A los cinco días se pudo apreciar una franca mejoría clínica, con normalización de las deposiciones; desafortunadamente, esta terapéutica tuvo que ser suspendida al mes de iniciada por la



Fig. 1. Aspecto global del colon sin haustraciones.



Fig. 2. Franca apariencia en "caño de plomo" de una parte del colon.

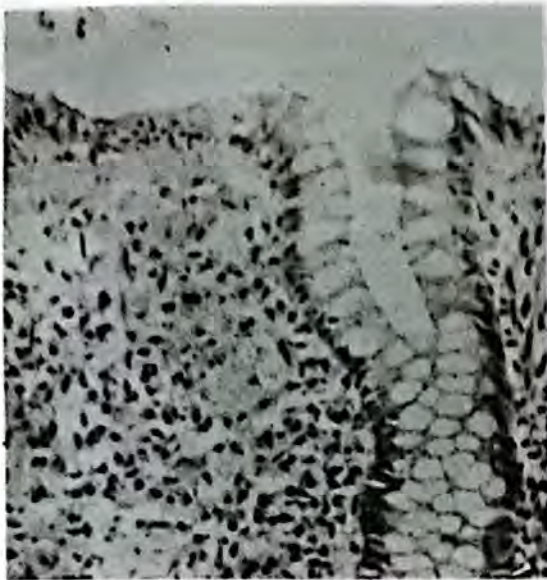


Fig. 3. En el 1/3 sup., al lado de la glándula críptica se aprecia una forma parasitaria de Cocc. Bras.

aparición de severos síntomas de intolerancia, siendo reemplazada por sulfametaxipiridazina, droga que fue mantenida aproximadamente por dos meses, al cabo de los cuales debió ser igualmente abandonada por el desarrollo de un eritema multiforme (Síndrome de Steven Johnson) de leve intensidad. Durante este tiempo el paciente continuó esencialmente asintomático. Las proctoscopías de control, en marzo y mayo de 1970, mostraron solamente una mucosa hiperhémica y algo friable, pero sin ulceraciones u otras anomalías. Nuevas biopsias revelaron leve infiltrado inflamatorio, en el que se detectaban aún formas fúngicas.

Estudios Micológicos (Laboratorio de Microbiología e Inmunología de la U.N.S.A.

"A pesar de no haberse obtenido éxito en el aislamiento del hongo ni por cultivo ni por inoculación, lo cual creemos se debe a que el primer aislamiento de este hongo es muy dificultoso y azaroso, y también a la escasa cantidad de micro-organismos presentes en la muestra, podemos afirmar de que se trata de Paracoccidioides brasiliensis, ya que al examen microscópico en fresco se encontró micro-organismos que presentaban la morfología y estructura características de este hongo" (fig. 5).



Fig. 5. Vistas del paracoccidioides Brasiliensis en muestras de mucosidad del sigmoides obtenida por raspaje.

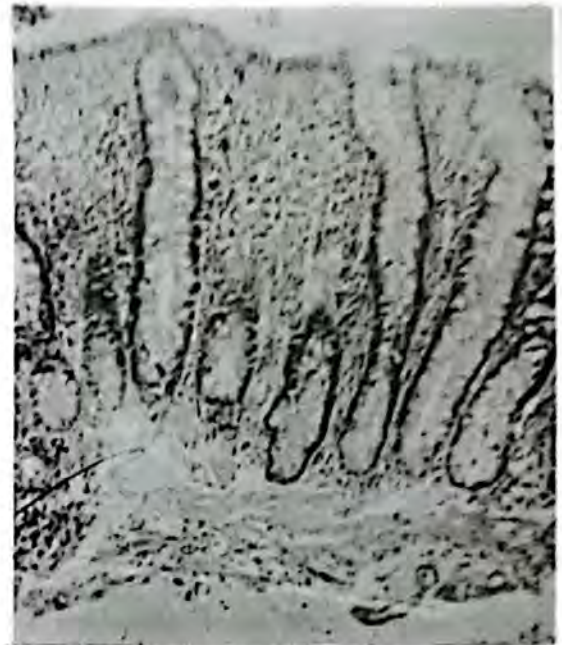


Fig. 4. Tanto en la misma localización anterior como en la submucosa se observan formas del hongo.

DISCUSION:

La blastomicosis sud-americana o granuloma paracoccidioides fue descrita por primera vez en el Brasil, en 1908, por Lutz, quien la denominó Granuloma Paracoccidioides, por la semejanza de su organismo productor al Coccidioides immitis, hongo de la Coccidiomycosis. Posteriormente fue estudiada por numerosos investigadores, entre los que destacan Splendere, cuyos documentados trabajos fueron los que más impulso dieron al conocimiento clínico y etiológico de la enfermedad, y por Almeida, quien en 1930, ubicó el hongo causal dentro del género de Paracoccidioides, especie brasiliensis. Por las importantes contribuciones de los autores citados también se le conoce a esta micosis con el nombre de enfermedad de Lutz-Splendere-ey Almeida (1).

El paracoccidioides brasiliensis se cree tiene como habitat natural al reino vegetal, habiéndosele encontrado hasta la fecha sólo en Sud y Centro-América. Hay informes aislados de que ha sido hallado también en Norte-América y Africa, pero no han sido confirmados. En la mayoría de casos este hongo infecta al hombre a nivel de la mucosa oro-faríngea o rectal, siendo la contaminación habitualmente resultado del empleo de hojas y otras partes vegetales con fines diversos (limpieza, masticación, "toilette", etc.). Recientes observaciones, sin embargo, conceden a la vía respiratoria una importancia mayor de la que se le concedía como puerta de entrada.

Esta micosis es muy prevalente en el Brasil, en muchas de cuyas regiones es verdaderamente endémica. También ha sido descrita, aunque con mucho menos frecuencia, en casi todos los países latino-americanos, con excepción quizás de Chile.

Predomina en las zonas rurales o semi-rurales con climas húmedos tropicales o sub-tropicales, pero también ha sido hallada en medios urbanos. Afecta de preferencia a sujetos de sexo masculino dedicados a labores o quehace-

res agrícolas de cualquier índole.

La aplicación de reacciones serodiagnósticas (utilizando la paracoccidioidina como antígeno) ha permitido descubrir reacciones positivas en individuos aparentemente sanos, lo que sugiere la existencia de infecciones "frustradas" o "sub-clínicas", tal como ocurre en otras micosis profundas. Estas formas silenciosas pueden activarse y originar distintos cuadros clínicos: quizás así se podría explicar la presentación de la enfermedad en sujetos residentes en Portugal, que años atrás habían vivido y trabajado en el Brasil (1). Conviene señalar, sin embargo, que el período de incubación de la B. Sub-americana es muy variable, oscilando entre días y años. De otro lado, estudios radiológicos en sujetos sero-positivos a la paracoccidioidina han revelado imágenes anormales óseas o pulmonares en algunos de ellos, las que han sido interpretadas como expresión de lesiones asintomáticas producidas por el hongo.

Lacaz y su grupo han clasificado como sigue las formas anatómo-clínicas de la Blastomycosis Sud-americana (1):

1. Formas cutáneo-mucosas
2. Formas ganglionares
3. Formas viscerales
4. Formas mixtas

Las formas viscerales, que son las que nos interesan por su relación con el caso presentado, son poco comunes en comparación a las tegumentarias y ganglionares, que constituyen la inmensa mayoría. Con frecuencia resultan de la generalización de una infección inicialmente asentada en la piel o mucosas, pero a veces constituyen la única manifestación, ya sea primitiva o secundaria de la enfermedad, siendo los pulmones, el bazo y las glándulas suprarrenales los órganos más a menudo afectados. El tracto digestivo, con exclusión de las formas anales y perianales debidas a contaminación directa por el P. brasiliensis, se compromete ocasionalmente, y es el intestino delgado el segmento que con más frecuencia es invadido, probablemente por su riqueza en tejido linfóide, (formas ganglionares puras intra-abdominales, así como apendiculares, bilio-obstructivas y pancreáticas han sido descritas aisladamente en la literatura).

Lacaz, en su fundamental compendio de MICOLOGIA MEDICA (1), menciona las formas intestinales, pero no hace referencia a casos con difuso compromiso del colon, como el encontrado por nosotros. Conant y col., en su tratado (2), describen el hallazgo de severas y extensas lesiones a nivel cecal en estudios post-mortem, pero tampoco citan casos que afecten universalmente el colon.

Las casuísticas más importantes de formas digestivas de Blastomycosis sud-americana, tanto primitivas como secundarias, son las de Boccaldandro y Albuquerque (4), Castro y col. (5), Machade y Miranda (6) y Barbosa y col. (7), con 10,8,6, y 11 casos, respectivamente. En algunos de los pacientes descritos por estos autores existía compromiso cecal y/o anal, pero las lesiones intra-abdominales afectaban predominantemente el intestino delgado y

el tejido linfático; en sólo un caso estaba tomando el colon en forma tan difusa como en el nuestro. En efecto, Barbosa y col. (7) que incluyeron en su serie cinco pacientes con lesiones en el intestino grueso y recto detectadas radiológicamente, refirieron que en dos de ellos había compromiso de ciego, y colon ascendente, y en uno de todo el colon y recto. Para estos autores las características radiológicas saltantes de la blastomycosis colónica son: a) Reducción del calibre, b) Pérdida de haustras, c) Irregularidades en contornos de las paredes, y d) Signos de compresión extrínseca (por ganglios comprometidos).

En nuestro paciente fueron notorias las dos primeras anomalías, pero, las irregularidades del perfil parietal fueron más bien leves, y no se encontró evidencia de compresión extrínseca. Así mismo, cinco de los once pacientes de estos mismos autores presentaron síndrome disenteriforme como parte del cuadro clínico; el análisis de sus hallazgos, sin embargo, uno deja esclarecer si hubo o no relación entre la presencia de dicho síndrome y la existencia de lesiones en el colon y recto. Nuestro paciente presentó diarrea muco-sanguinolenta y pujo, que eran totalmente explicables por el severo daño demostrado en el recto y colon descendente.

Cassio Moraes y Col. (3) realizaron en forma sistemática exámenes radiográficos del tracto digestivo en doce pacientes con B. sud-americana y encontraron alteraciones diversas en cinco de ellos; las anomalías más marcadas estaban a nivel del íleo y fueron consideradas como similares a las producidas por la TBC intestinal; en ningún caso se detectaron lesiones en el intestino grueso.

Como la disentería predominaba en nuestro paciente y el examen clínico no revelara mayores anomalías, la impresión diagnóstica inicial fue que probablemente sufría de una colitis bacilar o amebiana, por cuanto estas son las causas más frecuentes de síndrome disentérico en nuestro medio, opinión que se vio reforzada por los hallazgos proctoscópicos. Sin embargo, la persistente negatividad de los exámenes coprológicos para organismos patógenos nos hizo cuestionar el diagnóstico original, particularmente cuando el enema de bario mostró extensas y severas alteraciones a lo largo del colon transversal y descendente y en el recto-sigmoides, en todo caso más sugestivas de colitis ulcerosa inespecífica que de colitis amebiana. En nuestra experiencia la amebiasis excepcionalmente determina tan avanzadas lesiones radiográficas en el colon; de otro lado, la colitis ulcerosa parece ser extraordinariamente rara en Arequipa. Achata, en una revisión de los archivos de Anatomía Patológica del Hospital General de Arequipa, desde su inauguración en 1960 hasta 1967, señala haber encontrado sólo seis casos de esta enfermedad debidamente documentados, los que presentó en su tesis de Bachiller (8). Por esta razón, se decidió ensayar primero un tratamiento antiamebiano intenso, con el que no se obtuvo mejoría alguna. Posteriormente, varias biopsias de mucosa colónica, obtenidas durante una nueva proctoscopia, permitieron establecer finalmente el diagnóstico al descubrir formas de P. brasiliensis.

La excelente respuesta clínica al tratamiento con Amphotericina B sirvió para corroborar el diagnóstico. Desgraciadamente tanto esta droga como las sulfas administradas en su lugar, debieron ser suspendidas ante la aparición de severos síntomas de intolerancia.

La ausencia de lesiones micóticas superficiales o en otros órganos, al menos clínicamente detectables, y el antecedente epidemiológico relativo al uso de hojas de plantas con fines de higiene, nos hace presumir que la puerta de entrada para el organismo fue el orificio anal y que la infección primitiva tuvo lugar en el recto, de donde se extendió próximamente al resto del intestino grueso.

Para terminar quisieramos recalcar que el propósito

de presentar este raro caso clínico no ha sido solamente académico, sino el de enfatizar dos puntos que consideramos de gran importancia: (1).— La blastomicosis sud-americana existe en la zona selvática del sur del Perú y por consiguiente pueden llegar a los centros hospitalarios casos, que si no son investigados adecuadamente, posiblemente pasen desapercibidos o sean mal diagnosticados, y (2).— El síndrome disentérico, tan frecuente entre nosotros, puede tener causas consideradas exóticas, las que tendemos a soslayar por inercia diagnóstica y que de vez en cuando nos sorprenden, como sucedió en este caso, que, pese a toda expectativa, resultó ser una de las micosis profundas: la blastomicosis sud-americana.

BIBLIOGRAFIA

1. Lacaz C. da S.: MICOLOGIA MEDICA Edit. Sarvier, San Paulo, 1967.
2. Conant N.F. y col.: MANUAL OF CLINICAL MYCOLOGY W.B. Saunders Co., Philadelphia. U.S.A., 1962.
3. Cassio Ruas de Moraes y col.: Lesões radiológicas intestinaes na blastomicose sub-americana. O. Hospital 71: 145, 1967.
4. Boccalandro Y y Albuquerque F.: Ictericia e comprometimento hepatico na blastomicosis sub-americana. A propósito de 10 casos Rev. Paell, Med. 56: 350, 1960.
5. Castro R.M. y col.: Dificultades diagnósticas na Blastomicose sub-americana (a propósito de cito casos) Rev. Paul Me. 53: 479, 1958.
6. Machado F.J. y Miranda J.L.: Considerações relativas a blastomicose sub-americana Hospital (Río) 58: 129, 1960.
7. Barbosa W. y col.: Forma linfático-abdominal da Blastomicose sub-americana Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo 10: 16, 1968.
8. Achata. G.R.: Aspectos Clínicos de la Colitis Ulcerativa Inespecífica (Estudio de seis casos) Tesis de Bachiller en Medicina U.N.S.A., 1969.

—:O:—