

CASOS CLINICOS

Micosis pulmonar *

DRES. LONGINO SOTO Y FERNANDO URBINA S. **

Las localizaciones pulmonares de infecciones micósicas, son muy poco frecuentes en nuestro medio. Desde 1954 hasta 1958, en el Hospital San Juan de Dios, con 1.300 camas, no se presentó ningún caso.

Presentaremos dos casos de localización pleuropulmonar, uno de moniliasis y otro de actinomicosis, ambos con demostración del agente patógeno.

Recordaremos algunas características de la patología de estos procesos.

En cuanto a la actinomicosis, el agente causal fue *Actinomyces bovis*, hongo que suele encontrarse en la cavidad bucal de personas sanas y cuya cepa virulenta produce lesiones con reacción tisular granulomatosa y formación de fístulas. No existe predominio geográfico en la distribución de este padecimiento y aún el antiguo concepto de que la enfermedad era más frecuente en agricultores va perdiendo fuerza, pese a que servía para fundamentar la existencia de una fuente natural de contaminación. Se acepta que por vía aerógena se llega a la localización pulmonar; una vez establecido el proceso no cura espontáneamente y evoluciona con gran lentitud produciendo un endurecimiento leñoso del parénquima, en el espesor del cual pueden producirse abscesos o bronquiectasias (2). El proceso puede fistulizarse a la piel. Suelen coexistir zonas cicatrizadas con otras de gran actividad inflamatoria.

Uno de los elementos diagnósticos de mayor importancia es el descubrimiento de los clásicos "gránulos de azufre" característicos. Son pequeños nódulos amarillentos, apenas apreciables a simple vista en que microscópicamente se caracterizan por micelios filamentosos cortos que irradian hacia la periferia y tienen una maraña de micelios. A veces la reacción tisular es muy parecida al sarcoma.

Las manifestaciones clínicas son indiferenciables de las de cualquier padecimiento pulmonar crónico, esto es: tos productiva, adelgazamiento, toracoalgias, en ocasiones esputos hemoptoicos, etc., no existen datos de esta índole que puedan orientar el diagnóstico hacia una actinomicosis pulmonar, la presencia de dilataciones bronquiales y de abscesos pulmonares injertan en el cuadro clínico usual crisis agudas con fiebre intensa, y secreción bronquial abundante. Si la actinomicosis invade el mediastino y provoca abscesos mediastínicos puede causar dolor retroesternal y disfagia. Hay que hacer notar que en lo que res-

* Presentado en el XXIX Congreso Médico Nacional, 1960.

** Sección de Cirugía, Hospital San Juan de Dios.

pecta a tratamiento médico la Pencilina a grandes dosis (un millón de Unidades diarias por catorce días o más) las sulfamidas (especialmente sus asociaciones) y los yoduros son en orden los fármacos más usados.

En relación con la MONILIASIS cabe mencionar que la *Candida albicans* también como el *Actinomyces* se encuentra —y con más frecuencia— en la ooca, vías respiratorias altas, vagina e intestino y como invasor secundario o saprofito puro en muchas enfermedades de estos órganos. Como puede abundar sin contribuir a los síntomas de un padecimiento previo se sobreestima frecuentemente su poder patógeno, causando gran confusión en la literatura médica. La administración de antibióticos para tratar infecciones bacterianas imaginarias o reales aumenta el número de hongos en los aparatos respiratorio y digestivo. No se ha precisado si este fenómeno depende de que los antibióticos estimulan verdaderamente el crecimiento de la supresión de las bacterias que compiten con el hongo o de avitaminosis por inhibición de los organismos que sintetizan vitaminas. Tal vez la infección original para la que se proporciona el antibiótico disminuya la resistencia del paciente al hongo. Esta complicación es más frecuente con antibióticos de amplio espectro administrados por la vía bucal que con penicilina y estreptomycin. Es de notar que no ha causado moniliasis el uso prolongado de fármacos antibacterianos en la tuberculosis.

C A S U I S T I C A

CASO CLINICO N° 1.—R. F. C., del sexo masculino, de 32 años, jornalero, soltero, costarricense y originario de Golfito, Puntarenas en donde ha residido la mayor parte de su vida. Ingresa al Hospital San Juan de Dios el 17 de Julio de 1958 con el diagnóstico provisional de Obs., por neumonía derecha. Inicia su padecimiento 15 días antes de su admisión con dolor torácico en hemitórax derecho, se acompañaba de fiebre, tos productiva abundante de color blanco-amarillento, astenia y anorexia.

A la exploración física se encontró un paciente en malas condiciones generales, disneico, anémico, febril y con síndrome de derrame pleural en el hemitórax derecho. Los estudios radiológicos de esa fecha comprobaron los hallazgos exploratorios. Se hizo punción pleural obteniéndose líquido espeso de color amarillento, el cuidadoso estudio bacteriológico que se llevó a cabo en el líquido pleural permitió el cultivo de *Candida albicans* la cual fue en repetidas ocasiones aislada. En tales condiciones se sometió el enfermo a una intervención quirúrgica que consistió en decorticación, con toracoplastía tipo Tailoring y drenaje de cámara. En el post-operatorio se emplearon frecuentemente y a través de varios meses, lavados pleurales a base de Nistatina (Micostatín), hidrocortisona y antibióticos tipo penicilina y dihidroestreptomycin.

El post-operatorio inmediato fue tormentoso, paulatinamente sus condiciones generales y pulmonares fueron mejorando hasta darse de alta el 15 de abril de 1959 como caso resuelto. En la actualidad con un aumento de peso de 28 libras se reincorpora desde entonces a sus labores habituales. Los controles radiológicos han sido por completo satisfactorios.

CASO CLINICO N° 2.—J. S. L., de 38 años de edad originario de Atenas de Alajuela, agricultor, soltero, con residencia en el sitio de origen es

visto por primera vez el 10 de mayo de 1950 en el Dispensario Antituberculoso con discreta sintomatología respiratoria, en donde se clasifica como caso no tuberculoso en estudio. El estudio radiológico de esa fecha demostró "discreto aumento de la densidad en el campo inferior derecho (foto 1 y 2) todos los exámenes en busca de B. K., fueron negativos. Se continúa controlando en el Dispensario con resultados semejantes hasta el 9 de julio de 1959 cuando a raíz de varios episodios de hemoptisis es enviado a nuestro servicio en el Hospital San Juan de Dios., con el diagnóstico de Bronquiectasia abscedada del Lóbulo inferior derecho. Verificados los exámenes pertinentes se decide intervenir practicándosele una lobectomía inferior derecha con la misma consideración diagnóstica, el día 28 de julio de 1959. La evolución post-operatoria fue satisfactoria. Se le da de alta en perfectas condiciones el día 5 de setiembre de 1959.

El reporte anatómico patológico señala al estudio macroscópico un lóbulo inferior del pulmón derecho que al corte demuestra numerosas cavidades conteniendo material granuloso de color amarillento; el examen histológico demuestra alteración fundamental en el reemplazo por tejido granulatorio, bastante organizado del parenquima pulmonar. Las más gruesas bandas fibrosas están alrededor de vasos sanguíneos y de bronquios los cuales aparecen dilatados conteniendo exudado purulento y además grandes masas de centro homogéneo o microgranular y borde como cilíado dando en conjunto imagen de disposición radiada. Hay una cavidad que macroscópicamente mide 15 x 6 mm., situada en pleno parenquima y carente de epitelio, dentro de la cual también se encuentran gránulos. La pared de la cavidad tiene una zona necrobiótica incluso con células gigantes; más afuera tejido de granulación bastante organizado y luego una banda fibrosa gruesa.

Diagnóstico anatomopatológico: Bronconeumonía crónica fibrosa, con fibrosis perivascular y peribronquial. Bronquiectasia abscedada. Abscesos pulmonares. Actinomicosis pulmonar, f. Dr. R. Céspedes, patólogo.

COMENTARIO

El caso de moniliasis pleuro pulmonar, evolucionó como un proceso agudo de tipo neumónico, que paralelamente hizo una pleuresía derecha; el diagnóstico etiológico se hizo por el cultivo del líquido pleural y la terapéutica exigió de corticación, antibióticos e hidro cortisona. Se necesitaron nueve meses para dar por curado al paciente.

En el caso de actinomicosis, se trató de un proceso crónico, que al ser operado llevaba nueve años de evolución y en el que el diagnóstico preoperatorio, fue de bronquiectasia abscedada; el diagnóstico etiológico se hizo en el examen anatomopatológico y el paciente fue considerado como curado, 39 días después de la operación.

Vale la pena señalar que pese a una evolución de 10 años, este caso no se fistulizó.

R E S U M E N

Se presentan dos casos de micosis pulmonar: uno de moniliasis pleuro-pulmonar en varón de 32 años, que evolucionó como un proceso agudo y necesitó decorticación, a más de terapia médica. El otro es una actinomicosis del lóbulo inferior derecho, que evolucionó en forma crónica, por espacio de 10 años y con el diagnóstico de bronquiectasia abscedada; nunca se fistulizó y curó rápidamente con lobectomía.

S U M M A R Y

Two cases of pulmonary mycosis are discussed: one, of pleuropulmonary disease due to *Candida albicans*, presented as an acute process and required decortication besides antimycotic drugs. The other is a case of actinomycosis of the right lower lobe, that caused symptoms for ten years. It was never fistulized and healed rapidly after lobectomy.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—BRANDE I. A.
Enfermedades por hongos. Medicina Interna. Harrison. Sección 10. Pág. 964. 1962.
- 2.—CONNANT N. F.
Manual de Micología Clínica. Traducción castellana de la Primera Edición en idioma inglés. Ed. Fresneda. Habana. 1948.
- 3.—HINSHAW et al.:
Actinomycosis. Nocardiosis and Blastomycosis. Disease of the chest. Chapter 37. Pág. 610. 1956.
- 4.—NACLERIO E. A. et. al.
Pulmonary Mycosis. Bronchopulmonary disease. Chapter XVIII. pg. 393.
- 5.—RICHARDS D.
Enfermedades de los pulmones. Tratado de Medicina Interna. Cecil & Loeb. Pg. 920. 1962.
- 6.—SEABURY J. H.
Pulmonary Mycoses. Pulmonary diseases. (Pullen) Pg. 418. 1955.
- 7.—TAKARO T. et. al.
The place of excisional Surgery in the treatment of pulmonary Mycotic infections. Diseases of the Chest Vol. XXXVI. July 1959. N° 1 Pg. 19.

Foto 1.—Ocho meses antes de la operación, se ve una zona de mayor densidad en la base derecha.

Foto 2.—Proyección lateral de la radiografía anterior.

Foto 3.—Seis meses después de la radiografía N° 1, se aprecia aumento de la densidad basal.

Foto 4.—Post operatorio inmediato, 48 horas después.

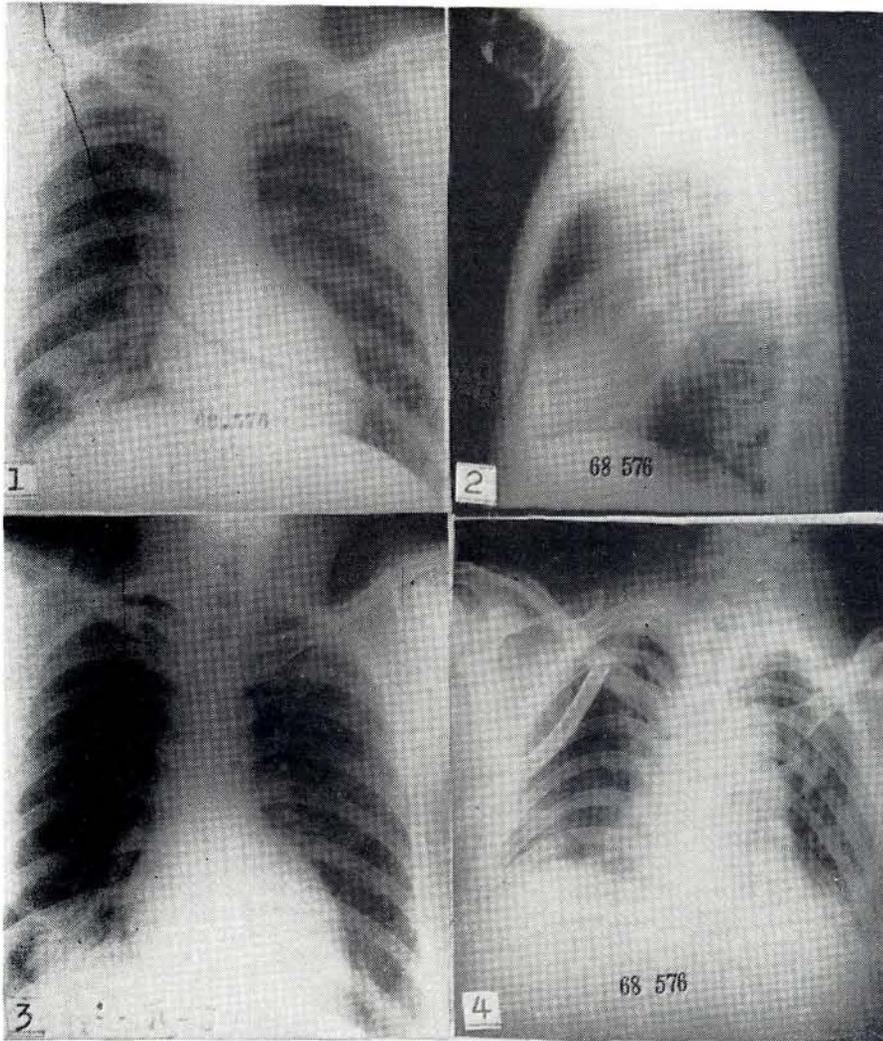


Foto 5.—Post operatorio tardío con resultado final de reexpansión completa del pulmón.

Foto 6.—El lóbulo extirpado en varias secciones que permiten ver una zona central fibrosa, con varias cavidades.

Foto 7.—Detalle de la anterior. Se ven cavidades, algunas de las cuales son bronquios dilatados, otras, excavadas en pleno parénquima, contienen gránulos que eran amarillos.

Foto 8.—Corte histológico de una de estas cavidades, conteniendo en su interior un gránulo actinomicótico.

