

# RINOSPORIDIOSIS EN COSTA RICA.

(Revisión del tema e informe del primer caso en nuestro país).

DR. JORGE A. MORA R. (\*) (\*\*)  
DR. JORGE A. SALAZAR P. (\*\*\*)  
DRA. CECILIA CALDERON (\*)  
DR. RODRIGO GARCIA M. (\*) (\*\*)

---

## RESUMEN

Se hace una revisión de la rinosporidiosis. Además, se informa el primer caso en Costa Rica, diagnosticado en un paciente de 19 años de edad, vecino del cantón de Turrialba, a quien se le encontró un pólipo nasal con *Rhinosporidium seeberi*. Seis meses después del diagnóstico inicial, el paciente presentó recidiva.

## SUMMARY

A review of rhinosporidiosis is presented. Also, the first case diagnosed in Costa Rica in a 19 year old peasant from Turrialba, in whom fungus forms of *Rhinosporidium seeberi* were found in a nasal polyp. After six months diagnosis, the patient had a relapse.

---

## INTRODUCCION

En 1896, Guillermo Seeber, un estudiante de medicina de la Facultad de Buenos Aires, Argentina, en un pólipo nasal humano, descubre la presencia de un parásito que fue considerado como un protozooario (11) y que Wernicke (1900) clasifica como tal y le designa el nombre de *Coccidium seeberi*.

El estudio morfológico de este nuevo microorganismo, fue motivo de la tesis doctoral de Seeber presentada en 1900. En esta oportunidad, el autor reconoce que cuatro años antes de su hallazgo, C. Malbrán había observado un parásito semejante, también en un pólipo nasal. (7).

O'Kinealy, en 1903, da a conocer en la Sociedad de Laringología de Londres, el tercer caso de rinosporidiosis en el mundo, en un enfermo de Calcuta, India, con poliposis

nasal recidivante (8). Sobre esta observación, Minchin y Fanthan, en 1905, realizan un minucioso estudio y llaman al microorganismo por ellos estudiado *Rhinosporidium kinealyi* (6).

En 1912, Seeber cuestiona la prioridad específica del parásito descubierto por él y le llama *Rhinosporidium seeberi*, nombre que ha sido aceptado por el mundo científico.

Desde los hallazgos de Seeber y de O'Kinealy, esta micosis ha sido observada en todos los continentes, no sólo en seres humanos si no también en animales como equinos, bovinos y caninos, en los cuales el proceso patológico adquiere fundamentalmente un aspecto poliposo y localización nasal predominante (7).

La rinosporidiosis es más frecuente en niños y adultos jóvenes. Los casos en varones son mucho más numerosos (1).

El agente etiológico no ha sido cultivado y no polifera por inoculación experimental en animales de laboratorio. Se ha postulado que la infección se propaga por medio del polvo y del agua contaminados; efectivamente, se ha

---

\* Servicio de Psiquiatría, Hospital Calderón Guardia  
\*\* Universidad de Costa Rica.  
\*\*\* Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial

encontrado con mayor frecuencia en trabajadores que extraen arena de los cauces de los ríos (1). Sobre esa información, se ha sugerido que la infección es primariamente de peces y que el hombre y los animales son huéspedes accidentales (1).

Clínicamente la enfermedad presenta pólipos pediculados que se asientan sobre todo en la mucosa nasal y con menos frecuencia en la mucosa ocular, en la rinofaringe, la laringe, vulva, en la uretra masculina y el recto (2, 9, 10).

Los pólipos pediculados tienen sin embargo, una base más o menos amplia, de color rojizo, con superficie irregularmente mamelonada por eminencias amarillentas que confieren un aspecto de frambuesa. La consistencia es blanda y friable; sangran fácilmente y cuando se extirpan quirúrgicamente recidivan en el mismo punto o en lugares vecinos. El tamaño varía desde pocos milímetros hasta los de extraordinario desarrollo (7).

Generalmente sólo hay un pólipo aunque en ocasiones pueden ser múltiples y asentarse en ambas fosas nasales, en la mucosa que recubre al tabique o en los cornetes.

Como afección localizada, su sintomatología depende del punto de implantación. En la nariz, que es el sitio más frecuente, predominan los fenómenos obstructivos que repercuten en insuficiencia respiratoria. Además, puede haber rinorrea mucosanguinolenta y epistaxis a repetición (7).

En la faringe posterior y en la laringe, los pólipos aumentan gradualmente de tamaño y producen obstrucción, disnea y disfagia (4).

La infección del ojo suele ser asintomática y a menudo pasa inadvertida. En los casos severos produce síntomas similares a los de un cuerpo extraño, hay lagrimeo, fotofobia e inyección de la conjuntiva. Las lesiones conjuntivales, en etapas tempranas, consisten en nódulos granulados, aplanados, pequeños, color rosa y libremente móviles. Posteriormente toman un color más intenso y pueden ser lobulados. A menudo se afecta tanto la conjuntiva bulbar como la palpebral (4).

Las lesiones en piel comienzan como papilomas diminutos, ligeramente elevados. Cuando aumentan su volumen adquieren un aspecto verrucoso (1).

En el oído las lesiones semejan pólipos auditivos y no producen síntomas, excepto los que son consecuencia de la presión (1).

Las lesiones tempranas en pene parece verrugas venéreas que pueden evolucionar y convertirse en tumoraciones con aspecto de coliflor (1).

El cuadro clínico en la vagina y el recto puede confundirse con condilomas, hemorroides o pólipos rectales. No suele afectarse el estado general del paciente (1).

El diagnóstico de la enfermedad se hace sin ninguna dificultad tiñendo con hematoxilina-eosina los cortes del tejido afectado. Con poco aumento se observa en el estroma o en la epidermis, quistes globosos de 10 a 200 micras de diámetro, algunos parcialmente colapsados que adquieren forma de media luna. A diferencia de la estructura laxa, edematosa y mixomatosa de los pólipos nasales, en la rinosporidiosis nasal son densos. La reacción inflamatoria es de tipo crónico con afluencia de polimorfonucleares neutrófilos, células plasmáticas y linfocitos. La eosinofilia es inconspicua. Ocasionalmente se observan microabscesos (3).

Todos los quistes en la rinosporidiosis presentan una pared quitinosa evidente que en los maduros pueden tener hasta 5 micras de grosor (3).

Conforme el quiste aumenta su tamaño, las esporas se reproducen en gran cantidad. Las inmaduras se ubican en la periferia aunque en los estadíos posteriores las esporas más viejas se sitúan cerca de un margen donde presumiblemente existe un poro.

En los cortes histológicos, muchas esporas se observan en el estroma adyacente a la pared del esporangio que se ha roto.

El epitelio escamoso columnar que cubre las lesiones puede ser hiperplásico y contener quistes.

El *Rhinosporidium seeberi* se observa muy bien con la tinción de hematoxilina-eosina, de manera que las coloraciones especiales para hongos no son necesarias para el diagnóstico de esta micosis.

El tratamiento ha sido basado en la extirpación quirúrgica de los pólipos y amplia cauterización de sus bases. Mahakrisnan y cols. (5) informan sobre el éxito obtenido con la aminodifenilsulfona en la curación de la rinosporidiosis (5).

#### CASO CLINICO:

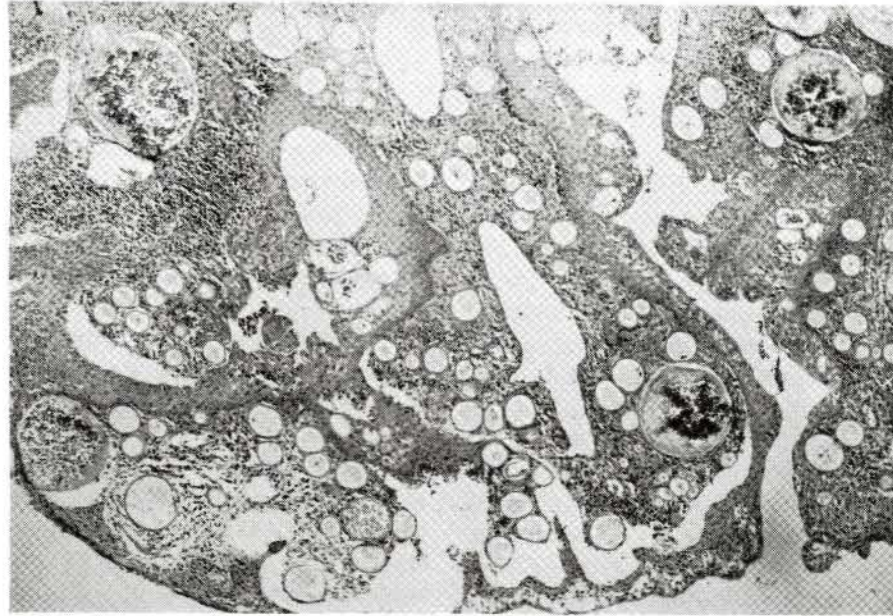
Se trata de un paciente de sexo masculino, de 19 años de edad que procede de Jesús María, población ubicada a 9 Km al oeste de la ciudad de Turrialba.

En esa localidad labora en una finca en las márgenes del Río Reventazón.

El paciente se presentó a la consulta médica del Hospital Dr. Calderón Guardia por problemas respiratorios obstructivos que se habían iniciado 2 años antes con un prurito en la fosa nasal izquierda. Poco tiempo después presentaba



**Figura 1**  
**MUCOSA NASAL CON HIPERPLASIA SEUDO - EPITELIOMATOSA, INFILTRADO INFLAMATORIO CRONICO EN EL CORION CON NUMEROSOS ESPORANGIOS DE DIFERENTE TAMAÑO Y EVOLUCION (40X)**



**Figura 2**  
**DETALLE DE UN ESPORANGIO MADURO Y LIBERACION DE ENDOSPORAS. (100X).**



epistaxis luego de esfuerzos físicos. El sangrado y la dificultad respiratoria constituyen los síntomas sobresalientes.

Al examen físico encontramos, en la cabeza del cono inferior izquierdo, una pequeña tumoración de 0.5 cm de diámetro, de aspecto granulomatoso.

Se procedió a la extirpación y este material clínico presentó imágenes histopatológicas que resumimos en las figuras 1 y 2.

Realizado el diagnóstico, procedimos a visitar la zona de Jesús María en donde encontramos condiciones ecológicas que de acuerdo con distintos autores, favorecen la infección (1). Además, los familiares de nuestro paciente - padres, hermanos y también su novia - fueron citados para un examen minucioso en el Servicio de Otorrinolaringología de nuestro Hospital. Todos los estudios de estas personas fueron negativos por rinosporidiosis.

Seis meses más tarde (setiembre de 1984), nuestro paciente volvió a presentar sangrado en el sitio inicial de la lesión. Se extirpó un pequeñísimo pólipo que resultó positivo una vez más por *Rhinosporidium seeberi*. Desde entonces se le mantiene en constante observación médica.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Conant, N., Smith D., Baker, R., Callaway J. Micología 3 Ed. Nueva Editorial Interamericana, S. A. México, 1971. 592 pp.
2. Cutchavaree, A. et al. Rhinosporidiosis, J. Med Assoc. of (Journal of Urology) Thailand. 63 (10): 578-581. 1980.
3. Emmons C., et al. Medical Mycology. 3 Ed. Editorial Lea Febiger. Philadelphia, 1977. 592 pp.
4. Karanuratne, W.A.E. Rhinosporidiosis in man. Athlone Press. London. 1964.
5. Mahakrisnan. A. et al. Tropical Geographical Medicine. 1981 33 (2): 189-192.
6. Minchin. E. A., et al. Rhinosporidium kincalyi, n. g., n. sp., a new spore from the mucous membrane of the septum nasi of man. Quart. Jour. Mic. Sc., 1905 49: 521.
7. Niño, F. L. Lecciones de micología y micopatología médica. Ed. Cajica S. A. Buenos Aires, 1959. 486.
8. O'Kinealy, F. Localised Psorospermiosis of the mucous Membrane of the septum nasi. Proc. Laringol. Soc. London 1903 10: 109.
9. Palaniswamy, R., et al. Rhinosporidiosis of male terminal urethra. J. Urol 1983 129 (3): 598-599.
10. Sahoo, S. et al. Rhinosporidiosis of subcutaneous Tissue. J. of the Indian Med. 1982 78 (7): 114-116.
11. Seeber, G. R., un nuevo esporozoario parásito del hombre: dos casos encontrados en pólipos nasales. Tesis. Universidad Nacional de Buenos Aires, 1900.