

Nuestras Micosis Profundas *

Por

Dr. Eltrén Solano A. **

Dr. Orlando Jaramillo A. ***

El trabajo que estamos sometiendo a la consideración de ustedes tiene por objeto hacer un resumen informativo del estado actual de las micosis profundas en Costa Rica. Ello puede servir para un mejor conocimiento de esta Patología en nuestro medio y como base de comparación con otros países. Con dicha comparación podemos darnos cuenta, de que a pesar de la vecindad de los países centroamericanos, si bien tenemos problemas patológicos comunes, también hay notables diferencias.

Costa Rica es uno de los países no solo del istmo Centroamericano sino del Mundo, que cuenta con mayor incidencia de Cromoblastomycosis, en cambio no tenemos como en Guatemala casos de Coccidioidomycosis y a diferencia de Honduras con sus numerosos casos de Micetomas, nosotros sólo hemos encontrado recientemente uno.

Las enfermedades micóticas del hombre se observan en todo el mundo, tanto en climas cálidos como en los más fríos, a excepción quizás de las zonas ártica y antártica. Pero especialmente es en las regiones cálidas y húmedas donde se reúnen las condiciones más favorables para la proliferación de los hongos que pueden ser patógenos o saprófitos.

No existen mapas que nos indiquen con exactitud la distribución precisa de las micosis profundas en el Mundo. De ahí se desprende la impresión de que ciertas de estas enfermedades son más frecuentes en determinados lugares o países.

* Trabajo presentado al IV Congreso Centroamericano de Dermatología en Managua, Nicaragua.

** Profesor Cátedra de Dermatología, Escuela de Medicina U. de C. R. Asistente Servicio Dermat. H. S. J. de D.

*** Pre-Asistente Servicio de Dermat. H. S. J. de D.

Costa Rica, país centroamericano con su clima tropical, cuenta con una incidencia bastante grande de Cromoblastomycosis y Esporotricosis, en cambio solo un caso de Micetoma hemos tenido, a diferencia de Honduras y El Salvador que han reportado un número considerable de casos.

ESPOROTRICOSIS

Es la más frecuente de las micosis profundas en nuestro país, caracterizada por ser una enfermedad, granulomatosa de curso sub-agudo o crónico y producida aparentemente por una sola especie del género *Sporotrichum* y que corresponde a la cepa *Sporotrichum Schenkii*.

Se adquiere por pequeñas lesiones que abren puerta de entrada al hongo, como pequeñas heridas, punzadas, astillas, etc., y también por mordeduras de roedores como ratas. En el sitio de la inoculación se forma una pequeña ulceración; hay luego invasión del torrente linfático dando lugar a la "cadena linfática", o "rosario linfático" característico de esta enfermedad.

Es interesante señalar que en Costa Rica se presenta como enfermedad ocupacional en trabajadores de la caña y en jardineros.

También es interesante el hecho de que en nuestro medio en los niños es la forma facial la más frecuente.

La forma de complejo cutáneo-linfático de miembros se localiza tanto en los superiores como en los inferiores, presentándose el "chancro de inoculación" o "chancro esporotricósico", que es la lesión inicial y las lesiones nodulares en el trayecto de los linfáticos regionales. Puede presentarse en cualquier parte de los miembros, pero frecuentemente se observa en los dedos o dorso de los pies y de ahí ascender por el trayecto de los linfáticos.

Como en todos los países, en el nuestro es tan variado el polimorfismo de las lesiones por esporotricosis que en ocasiones tenemos problemas de diagnóstico ya que fácilmente ciertas formas son confundibles con algunas de leishmaniasis y tenemos que recurrir a la esporotricino-reacción y el cultivo para definir el diagnóstico.

Para su diagnóstico nos valemos del:

- a) Estudio Clínico.
 - b) Estudio Micológico.
 - c) Estudio inmunológico.
-

FORMAS LINFOCÍTICAS DE
ESPOROTRICOSIS



Foto N° 1



Foto N° 2

El tratamiento que hacemos es el clásico y específico con yoduro de potasio.

Hemos usado en algunos casos la griseofulvina pero con resultados muy pobres.

CROMOBLASTOMICOSIS

Dermatosis crónica, no trasmisible que se localiza por lo general en algunas de las extremidades. Se manifiesta clínicamente por la presencia de lesiones nodulares, verrugas o tumorales y causada por alguno de las especies de hongos dermatíaceos o imperfectos que constituyen el género *Phialophora*. Es bien conocida la gran extensión geográfica de la cromoblastomycosis, sin embargo su predominio es franco en regiones tropicales y sub-tropicales con el Océano Indico y Pacífico, en Queensland, Indonesia, Las Indias, Africa del Sur, Rodesia, Africa Oriental, etc.

Costa Rica es uno de los países del Mundo que en relación al número de habitantes, cuenta con mayor incidencia de la enfermedad y la forma clínica más frecuente es la verrucosa o papilomatosa seca, y las formas vegetantes o papilomatosas húmedas, con aspecto de coliflor.

Hemos tenido casos en que las lesiones son tan amplias que abarcan todo un miembro inferior, produciendo un alto porcentaje de incapacidad funcional en el miembro afectado.

Hemos tenido pacientes con evolución de treinta y cinco años

Hemos usado la misma terapéutica que se han usado en otros países tales como el Anfotericin B, el Calciferol, el Yoduro de potasio, Sulfonamidas, Griseofulvina, Sulfonas de absorción lenta cirugía y electrofulguración, sin ser específica, la medicación que mejores resultados nos ha dado es el anfotericin B o Fungizone. En lesiones no muy amplias, la cirugía con injerto o la electrofulguración la consideramos la terapéutica de elección.

MICETOMA

El Micetoma o "Tumor de hongos", como le llamó Carter a este padecimiento en 1860, es también conocido con el nombre de "Pie de Madura", aunque este último término ya no es aceptable e igual que el de "Nocardiosis" con que también se le denomina.

Más del 90% de este padecimiento causado por *Nocardia Brasiliensis*, como lo han comprobado, en México González Ochoa,

FORMAS VERRUCOSAS
DE CROMOBLASTOMICOSIS



Foto N° 1



Foto N° 2

Latapí, Lavalle y en Honduras Fernández. Este último sólo ha encontrado un caso por *Nocardia Asteroides*. contra una amplia casuística de casos de *Nocardia Brasiliensis*.

La inoculación de la *Nocardia* es siempre exógena, a través de la piel por medio de tierra y vegetales contaminados; así tenemos que algunos pacientes recuerdan "haberse clavado una espina, "haber recibido un machetazo", haberse punzado con tuna, acostarse en un lugar donde había espinas", etc., en otros casos el padecimiento tiene un franco predominio en las extremidades superiores, otras 10% en tronco y un 5% en cuello. En algunos lugares, como en Honduras, llama la atención que hay un predominio en el dorso del tórax. La forma de la lesión es variable según la edad de la afección. Cuando está iniciándose puede encontrarse un pequeño nódulo que fistuliza más tarde y posteriormente se pueden apreciar otras lesiones dermatológicas. A veces los nódulos son múltiples. Se caracteriza por la deformación globulosa, siendo esto muy típico cuando está localizado en el pie. En la superficie se observan numerosas cubiertas de costras serohemáticas que si son desprendidas dejan salir una secreción que se considera típica por ser oleosa, hilante de color amarillento que lleva los gránulos micóticos. Las aberturas de estos nódulos corresponden en su mayoría a trayectos fistulosos. Es frecuente ver cicatrices de las lesiones anteriores. Un grado más avanzado de la enfermedad, es aquella en que da periostitis, y posteriormente destrucción ósea.

La evolución del padecimiento es eminentemente crónica, máxime que siempre hay una infección secundaria sobreañadida; esto da como consecuencia un ataque al estado general, así como dolor, Incapacidad funcional del miembro afectado, etc.

El tratamiento de elección es actualmente con sulfas de acción prolongada. A veces es necesario recurrir a antibióticos de amplio espectro por las infecciones sobreañadidas. En algunos casos es necesario recurrir a la cirugía ortopédica.

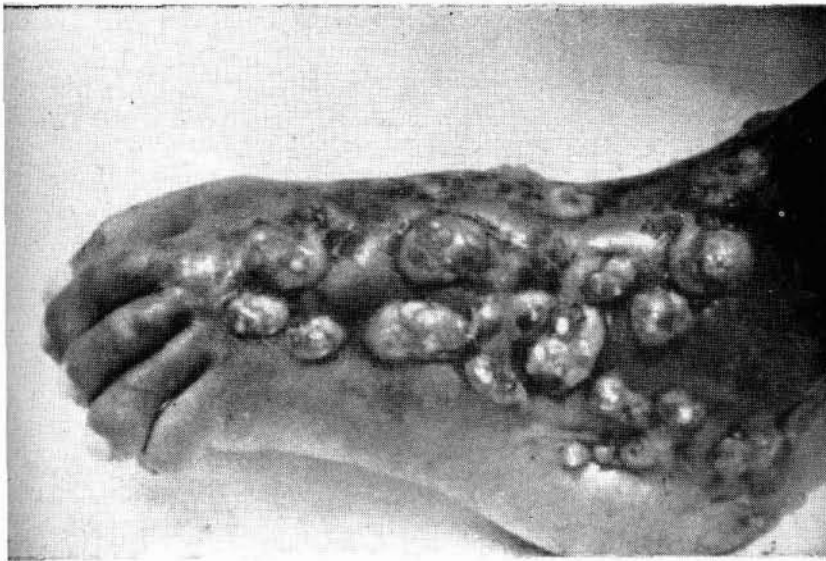
En Costa Rica solo se ha descrito un caso por Miranda y Borilla por *Nocardia Brasiliensis* con localización a axila y el único caso podalico también por *N. brasiliensis*, recientemente reportados por nosotros.

COCCIDIOIDOMICOSIS

Producida por el *Coccidioides Immitis*.

Es una enfermedad granulomatosa, aguda o crónica, inoculable con manifestaciones esencialmente pulmonares que pueden

MICETOMA



progresar y hacerse sistémicas, dando muchas veces formas cutáneas.

Generalmente se adquiere por inhalación de polvos con artrosporas provenientes de tierras contaminadas o lo que sería más raro, a través de la piel mediante pequeñas excoriaciones o traumatismos.

En Costa Rica sólo hemos tenido oportunidad de ver un caso en 1950, pero no autóctono. Se trataba de un paciente hondureño que había vivido en la frontera entre Guatemala y México.

ACTINOMICOSIS

Micosis profunda que se caracteriza por la formación de varias partes del cuerpo, de abscesos que tienden a desintegrarse y formar múltiples fistulas supuradas. Es producida por el actinomicetis bovis o israeli. Hongo anaerobio, no ácido resistente, que se encuentra en estado saprofitico en amígdalas y caries dentales en personas aparentemente normales, pero que en un momento dado puede hacerse patógeno. Puede invadir piel, tejido celular subcutáneo, huesos, pulmones, cerebro y vísceras abdominales.

Las formas clínicas han sido clasificadas en a) Cérvico-facial b) Torácica y c) Abdominal.

La primera constituye un 50% de los casos de la enfermedad. En estos casos la región se encuentra deformada por el edema y la infiltración. Se presentan también trayectos fistulosos y fibrosis que provocan adherencias y dan a la superficie un aspecto muy característico.

En 1961, con W. Hidalgo (1) y Capella reportamos el primer caso de Actinomicosis cérvico-facial en Costa Rica, provocado por Actinomicetis Bovis.

BLASTOMICOSIS

Este grupo de micosis profundas comprende: La Blastomicosis suramericana, Blastomicosis europea o Criptococosis y la Blastomicosis norteamericana.

La Blastomicosis suramericana tiene carácter crónico y progresivo. Ataca pulmones, mucosas, piel, ganglios linfáticos y vísceras y es producida por el Paracoccidioides brasiliensis o Blastomyces brasiliensis.

ACTINOMICOSIS CERVICO - FACIAL



La mayoría de las anteriores concuerdan con que la puerta de entrada del hongo es la mucosa bucal, piel y otras mucosas y dicen que el enfermo se inocula al hacer limpieza de los dientes con asirillas, hacer limpieza anal con vegetales o espinarse, con lo que admiten la inoculación exógena. Las lesiones pulmonares se adquieren por la inhalación de partículas.

Dependiendo del ataque a determinadas estructuras sus formas clínicas pueden dividirse en tegumentaria, linfática y visceral.

En Costa Rica hemos encontrado las tres formas, aunque pocos casos. El mayor número de casos registrados entre nosotros ha sido de la forma mucosa bucal, que comienza como una estomatitis granulosa y erosiva y *granulomas paridentarios que provocan* pérdida de algunos dientes. Hemos tenido algunos casos de la forma visceral pura, afectando pulmones y dando el cuadro clínico y radiológico sugestivo de tuberculosis. Recientemente un caso lesión en mucosa bucal y ganglio del cuello y otro con lesión de mucosa bucal e invasión a pulmones. Como tratamiento hemos usado el Anfotericina B, con muy buenos resultados.

BLASTOMICOSIS QUELOIDIANA O ENFERMEDAD DE LOBO

Es esta una micosis sumamente rara, cuyo mayor número de casos se han encontrado en Brasil.

En Costa Rica sólo un caso hemos tenido de esta enfermedad.

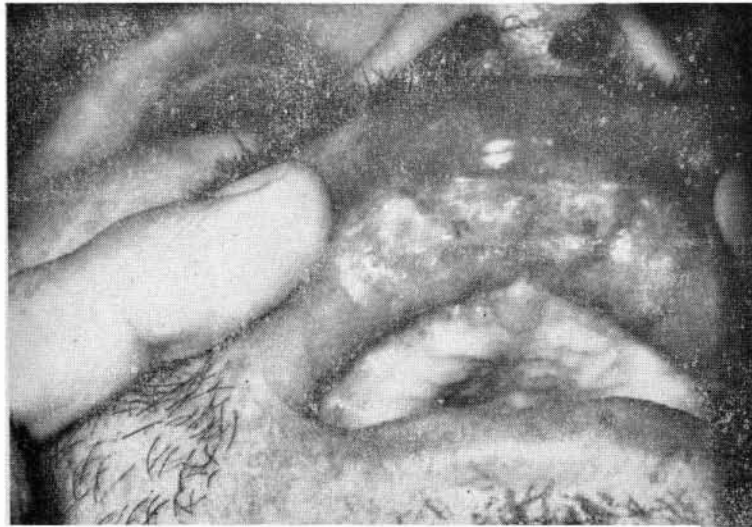
Clinicamente se caracteriza por la aparición de nódulos pseudoqueloides conglomerados, de número y tamaño variable, de consistencia dura y que con frecuencia se fistuliza. Nuestro caso fue estudiado hace doce años y periódicamente tenemos oportunidad de observarlo. Ninguna terapéutica de las usadas ha dado ningún resultado.

CRIPTOCOCOSIS

Micosis sub-aguda o crónica que puede invadir piel, pulmones, articulaciones, tejido celular sub-cutáneo y que con mucha frecuencia invade el Sistema Nervioso y las Meninges. El hongo productor es el *Cryptococcus Neoformans*, que se caracteriza por ser levaduriforme, no produce Micelio y se reproduce por gemación. Pertenece a la clase de hongos imperfectos.

Es admitido que la infección se adquiere a través del aparato respiratorio, y que produce infecciones focales en pulmones y pleura, de donde se disemina a otras partes del organismo, especialmente a cerebro y meninges, dando la meningitis por *Cryptococcus*

BLASTOMICOSIS



BLASTOMICOSIS QUELOIDIANA
O ENFERMEDAD DE LOBO



Foto N° 1



Foto N° 2

neoformans. No obstante es posible que también la infección penetre por otras vías como la piel y la mucosa del aparato digestivo.

Las formas clínicas consideradas de la Criptococosis son: a) la pulmonar, b) la cutánea, c) la del Sistema Nervioso Central y d) la generalizada. La más frecuente es la del sistema nervioso, posterior a una localización primaria y por ende su cuadro clínico es generalizado, pero predominando los Síntomas de tipo nervioso, que son los que dan a la enfermedad el pronóstico de gravedad.

En Costa Rica se han reportado solo dos casos de esta enfermedad, ambos precisamente de tipo nervioso, con cuadro clínico de Meningitis. Uno hace doce años en Quepos y otro hace un año.

El tratamiento de esta Micosis es poco halagador. Se han usado las Sulfonamidas, el yoduro de potasio, aún en dosis más altas que las usadas para la Esporotricosis, Antibióticos de amplio espectro, Anfotericin B. Del único que se tiene alguna esperanza es del último que es la medicación que recientemente se está usando.

RESUMEN

Se hace un resumen somero de las Micosis Profundas en el Territorio Costarricense, destacándose la Esporotricosis como la de mayor incidencia en nuestro medio. Se hace hincapié también en el hecho de ser Costa Rica uno de los países con mayor incidencia de Cromoblastomycosis en el mundo.

Llama la atención de que habiendo tanta vecindad y semejanzas climáticas y de costumbres, no tengamos nosotros coccidioidomycosis como en Guatemala y que a diferencia del gran número de casos reportados en Honduras, Guatemala y El Salvador de Micetomas, en nuestro medio solo hemos tenido un caso de Micetoma Podálico recientemente reportados por nosotros.

BIBLIOGRAFIA

- 1—CASTRO G. — 1961 — Tesis Recepcional. Puebla México.
 - 2—CONANT N. F. Manual de Micología Clínica.
 - 3—EMMONS CH. W. — 1963 — Medical Micology Phi. U. S. A.
 - 4—FERNANDEZ S. y LAINEZ H.—“Micosis Profundas en Honduras”. Trabajo presentado a la I Reunión México-Centroamericana de Micosis en México D. F. — 1964.
 - 5—HIDALGO W. CAPELLA y SOLANO E. — 1961 — 1º caso de actinomicosis cérvico-facial en Costa Rica. Revista de Biología Tropical.
 - 6—MONTERO GEI F. — 1963 — Información personal.
 - 7—ROMERO A. — 1963 — Información personal.
 - 8—ROMERO A. y TREJOS A. — 1963 — Cromablastomicosis en Costa Rica.
 - 9—SOLANO E. — 1959 — Cromoblastomicosis de la oreja 2º Congreso Centroamericano de Dermatología.—Guatemala —
-