

Antecedentes personales no patológicos:

Alimentación pobre y mal equilibrada. Higiene corporal y de la habitación defectuosas. Siempre ha sido jornalero. Ha vivido en San José y diferentes puntos del trayecto de Puntarenas a Limón. Tabaquismo muy intenso durante 25 años. Etilismo moderado durante 12 años.

Antecedentes personales patológicos:

Únicamente recuerda haber padecido de paludismo durante casi toda su vida. Blenorragia hace 20 años. Antecedentes luéticos de primo-infección, secundarismo, y terciarismo negativos.

Principales síntomas:

Ulceración grande y dolorosa del velo del paladar, nódulos supurados y fistulizados en el cuello, tos con expectoración purulenta y abundante.

Enfermedad actual.

Data el comienzo de su padecimiento de 8 meses atrás, tiempo en que sufrió la extracción de la 3ª pieza molar superior derecha. Esta extracción fué seguida de dolor intenso que persiste hasta la fecha y la aparición, en el sitio de la extracción, y parte vecina del velo del paladar, de una lesión que él denomina "sarpullido" y describe como pequeños nódulos puntiformes de color blanquecino, resaltando sobre un fondo rojizo. Creció progresivamente esta lesión, invadiendo el velo del paladar en su totalidad, los pilares y la úvula. Este crecimiento se acompañaba de dolor intenso y constante que se exacerbaba con la deglución.

Poco tiempo después apareció ulceración en la mitad izquierda del velo, la cual creció en superficie hasta alcanzar el tamaño que tiene actualmente (3 cm. de diámetro). Hace tres meses notó en la cara lateral izquierda del cuello (véase fotografía), la aparición de una bolita como del tamaño de un frijol que fué creciendo hasta alcanzar al cabo de 15 días, el tamaño de una bola de vidrio. Era móvil sobre los planos profundos, sin adherencias a la piel que la cubría, indolora y cubierta de piel de aspecto normal.

Según el enfermo, con el tratamiento arsenical comenzó a disminuir en tamaño y a formar adherencias con la piel que cubría, dando aspecto inflamatorio.

Por último, se abrió espontáneamente al exterior, dejando salir un líquido cuyos caracteres no pudo precisar con detalle; ha permanecido saliendo líquido purulento hasta la fecha. Después de este primer nódulo han aparecido otros muchos en las caras laterales y anterior del cuello, de aspecto y evolución idénticas a la anteriormente mencionada.

Hace dos meses presenta, tos quintosa, primero seca, pero poco des-



pués seguida de expectoración purulenta, de color amarillenta o blanquecina, en ocasiones con estrias sanguinolentas. La tos se acompaña de dolor retroesternal intenso y es seguida de disnea pasajera.

Como dato negativo de interés, cabe señalar que el enfermo no ha sufrido modificación alguna en los caracteres de la voz.

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

- a) **Respiratorio:** Disnea de grandes esfuerzos además de lo anotado.
- b) **Digestivo:** Normal.
- c) **Circulatorio:** Síndrome vásculo-espasmódico parcialmente positivo. Resto normal.
- d) **Urinario:** Orina y micción normales.
- e) **S. Nervioso:** Cambio de carácter.
- f) **O. de los Sentidos:** Disminución moderada del sentido del gusto.

Síntomas Generales:

Astenia, anemia, adelgazamiento muy acentuado.

Terapéutica empleada:

Arsenicales, sulfatiazol, yoduro de potasio, crisoterapia, roentgenterapia y tópicos.

EXPLORACION FISICA.

Cabeza: Cráneo normal. Pelo de implantación normal.

Ojos. Conjuntivas Pálidas. Reflejos pupilares normales. Pequeña ulceración de forma redondeada, cubierta por costra serosa, en la parte media de la ceja izquierda.

Nariz: Exudado mucoso escaso.

Boca: Ulceración de color rojizo, de aspecto granuloso, con puntilleo hemorrágico que ocupa en superficie gran parte del velo del paladar y

de la úvula. El mismo aspecto presenta el sitio que ocupó la pieza dentaria extraída. En la cara interna del carrillo izquierdo existe lesión ulcerosa de aspecto semejante, aunque se diferencia de la primera por no tener superficie granulosa. El aliento es sumamente fétido y el reflejo nauseoso parece estar exaltado.

Dientes: Faltan varias piezas. Los que existen están cariados.

Faringe: Congestionada.

Cuello: Varios nódulos en diferentes estados evolutivos de los ya mencionados en el padecimiento actual. Unos son pequeños, móviles, no adheridos e indoloros. Otros cubiertos de piel rojiza adherente, y moderadamente dolorosos y otros, por último, fistulizados cubiertos de piel plegada y muy adherida, por los que escurre líquido purulento de color blanco amarillento con pequeños puntitos rojizos, que se solidifican sobre el nódulo bajo el aspecto de costras secas. Resto del cuello normal.

Tórax.—*Área precordia*: Inspección y palpación: normales.

Percusión: Área pequeña ligeramente rechazada hacia la derecha.

Auscultación: Tonos normales. No hay ruidos agregados.

Pulmones.—Inspección: Poca movilidad de ambos hemitórax.

Palpación: Amplexión y amplexación regularmente disminuidas en ambos lados. Zona de E. Chauvet negativa.

Percusión: Submatidez en las regiones inter-escapulo-vertebrales. Resto. Sonido claro pulmonar.

Auscultación: Respiración sopiante de las mismas regiones inter-escapulo-vertebrales. Estertores húmedos en todo el resto de los campos pulmonares.

Abdomen.—Inspección: Normal.

Palpación: Cuerda cólica izquierda palpable. Zurridos en el marco cólico.

Percusión: Timpanismo normal.

Miembros: ...adelgazados; reflectividad normal. Piel seca y escamosa.

INVESTIGACIONES DE LABORATORIO

Los días 24, 27, 28, 29 y 30 de noviembre y 1º, 5, 6, y 11 de diciembre de 1944, se le practicó una serie de esputos homogenizados en el laboratorio del Dispensario Central Antituberculoso, con resultados negativos para el bacilo de Koch. 13/XI/44. Se le hizo una biopsia de una de las lesiones de la boca y el reporte anatómico-patológico fué tuberculosis, dado el parecido tan grande que tiene la micosis con la tuberculosis.

12/I/45. Fué trasladado a Otorrinolaringología en vista de la negatividad de los esputos y para que le fueran observadas las lesiones de la boca.

Este día fué llevado al laboratorio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios y se le practicó una punción en uno de los granulomas del cuello.

Examinado el pus inmediatamente, se encontraron elementos de *PARACOCCIDIODES BRASILENSIS*. Se cultivó el material en Agar Maltosa de Sabouraud.

17/I/45. Se le hace un examen de esputo directo en el laboratorio del Hospital y se encuentra un Gaffky II. Por esto se la traslada de nuevo al Calneck donde la fluoroscopia acusa que las lesiones pulmonares han avanzado considerablemente. (Dr. Mungia).

26/I/45. Se encuentra un Gaffky II homogenizado en el primero de los esputos de una nueva serie en el dispensario. En esta muestra no se encontró *Paracoccidioides*.

27/I/45. Se le hace una nueva extracción de pus de uno de los granulomas del cuello en el laboratorio de Pediatría del Hospital y se observan de nuevo los *Paracoccidioides*. El material extraído se cultiva en cuatro tubos de Agar Maltosa de Sabouraud (dos a la estufa y dos a la temperatura ambiente). De esta misma punción se inocula intraperitonealmente a dos cuilos, cada uno con 1cc. de pus suspendido en caldo nutritivo.

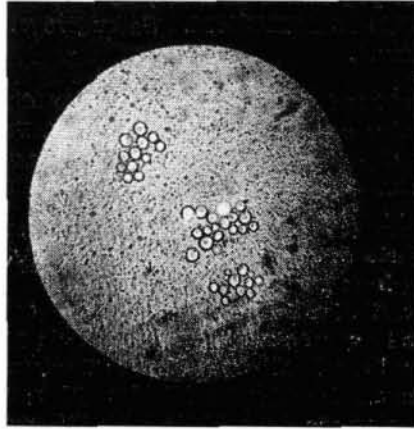
29/I/45. Se encuentra un Gaffky VI en el esputo y también fibras elásticas y *Paracoccidioides*.

10/II/45. Los cuilos se observan diariamente y no hay manifestación de ganglios, ni granulomas, ni ninguna otra manifestación patológica. Se reportan definitivamente como negativos los cultivos en Sabouraud en esta fecha.

24/II/45. Se le practica una nueva punción en una de las lesiones del cuello. El pus se cultiva de nuevo en tres medios de Agar Maltosa de Sabouraud, que no dan crecimiento alguno. También se cultiva el pus en suero glucosado, caldo nutritivo y en gotas pendientes con estos dos materiales.

2/III/45. Las gotas pendientes en caldo y suero glucosado dan un crecimiento satisfactorio. El pus de la primera punción de una preparación en parafina, también da crecimiento. El suero glucosado y el caldo también muestran crecimiento. Se sacrificó el primero de los cuilos y no se encontró lesión alguna ni macroscópica ni microscópicamente.

2/IV/45. Ha continuado el crecimiento en el suero glucosado, principalmente, en el caldo nutritivo y en las gotas pendientes. Se toman fotos para apreciar características culturales. En el cuilo no se nota infartación de los ganglios, ni granulomas, ni ninguna otra manifestación que pueda sugerir enfermedad. Se sacrificó este día y no se le encontró nada anormal.



A pesar de la terapéutica intensiva mencionada, asociándose a la Tuberculosis como sucedió en el primer caso costarricense, la enfermedad evolucionó con grandes oscilaciones febriles hacia la intoxicación y la caquexia, muriendo el enfermo el 17 de Abril de 1945, un año después de haber comenzado la enfermedad. El protocolo de autopsia fué el siguiente:

Autopsia Nº 7711.

1º) **Diagnóstico Clínico Final:** Granuloma Paracoccidioides. Tuberculosis Pulmonar.

2º) **Diagnóstico Anatómo-Patológico:** Fibrosis generalizada difusa con múltiples zonas de condensación nodulosa de consistencia semielástica las que al corte aparecen como formaciones granulosas necrotizadas en el centro y formando cavernas cuyo tamaño varía entre 1 mm. y 2 cm de diametro. Se encuentran además numerosos focos amarillentos cuyo diámetro varía de 1/2 mm. a 1 cm. dando aspecto de tubérculos conglomerados y existentes en todo el parenquima de ambos pulmones. Pleuresía fibrinosa purulenta a focos regionales en todo el pulmón izquierdo con paquipleuritis a la mitad superior del pulmón derecho. Induración de los tejidos peri-laríngeos. Hiperplasia de los nódulos linfáticos cervicales con necrosis de alguno de ellos inframandibular izquierdo. Infiltración e induración difusa del tejido peri y retro-faríngeo. Hipoplasia y atrofia parda del corazón. Anemia y adiposis del hígado. Piel seca. Anemia grave general. Caquexia profunda.

3º) **Causa de la muerte:** Granuloma Paracoccidioides. Tuberculosis Pulmonar.

Aun cuando el estudio micológico del agente patógeno de este caso no se completó, por la analogía clínica del anterior y por las publicaciones sobre epidemiología de la enfermedad en Centro y Sur América catalogamos nuestro caso como *Paracoccidioides*.

Para completar el estudio de la Micología costarricense especialmente por la importancia que se le ha dado últimamente a la Histoplasmosis en Patología Humana y por haber encontrado un coeficiente alto de reacciones positivas a la prueba cutánea de la Histoplasmina, estudio que se encuentra adelantado, tenemos la impresión de que pronto podremos encontrar la enfermedad en su forma activa, especialmente en el grupo infantil que señale reacción negativa a la Tuberculina y positiva a la Histoplasmina.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—A. Peña Chavarría y Werner Rotter.
Consideraciones anatomopatológicas y clínicas de la Blastomycosis en Costa Rica. *Revista Médica Latinoamericana* — N° 226 — Julio 1943 — Buenos Aires.
 - 2.—A. Peña Chavarría y Werner Rotter.
Blastomykosen in Costa Rica — *Archiv für Schiffs und Tropen — Hygiene* — Vol. 37 — 1933 — Leipzig.
 - 3.—A. Peña Chavarría y Werner Rotter.
Mycosis en Costa Rica — *Memorias del segundo Congreso Médico Centroamericano* — Pág. 196 — San José — Costa Rica — Octubre de 1934.
-