

La Blastomicosis Sudamericana en Colombia

Dr. Fabio Londoño González

Jefe de Clínica Dermatológica

La Blastomicosis Sudamericana, descrita por Lutz en 1908, no figura en la literatura nacional hasta 1950 cuando se publicó un interesante trabajo del doctor Alfonso Méndez Lemaitre (1), en cuya introducción se propone "señalar la presencia de algunas enfermedades que son muy raras o desconocidas entre nosotros". (Blastomicosis Sudamericana - Cromomicosis - Rinosporidiosis). Con posterioridad a esta publicación y, sin duda alguna, como consecuencia de ella, hubo un poco de agitación en torno a la entidad que nos ocupa, lo cual dio como resultado nuevas aportaciones a la bibliografía pertinente. Es nuestro propósito resumir esta breve casuística nacional y aportar a ella casos estudiados por nosotros en el Hospital de San Juan de Dios. A ello nos ha movido la relativa frecuencia con que hemos encontrado la Blastomicosis desde nuestro, aún reciente, ingreso al hospital, así como las variadas formas clínicas con que se presenta la enfermedad, lo cual hace muy importante su conocimiento, no solo para los dermatólogos, sino para los médicos en general, ya que este morbo puede tener localizaciones en cualquier órgano de la economía. Por otra parte queremos insistir en que la Blastomicosis Sudamericana es una enfermedad grave, de curso fatal cuando no se trata o cuando el tratamiento se instituye tardíamente. El ideal es llegar al diagnóstico en las primeras fases de la enfermedad, para lo cual es necesario tenerla en cuenta en presencia de variadísimos síndromes. De allí nuestro propósito de hacer una recopilación de los casos publicados que, como se verá, fueron, en su inmensa mayoría, diagnosticados erróneamente en un principio, dando lugar a que el proceso morboso tomara una evolución incontrolable en algunos

casos. Para dar una idea de la gran variedad de formas clínicas y localizaciones del proceso que nos ocupa, citaremos la clasificación del autor brasileño Aguiar Pupo (2) y luego superpondremos a ellas los casos de la bibliografía nacional y los estudiados por nosotros.

El autor mencionado considera FORMAS CUTANEOMUCOSAS y FORMAS EXTRACUTANEAS.

Dentro de las primeras describe las siguientes variedades anatomoclínicas:

- 1) Estomatitis Ulceromoriforme: considerada la forma más común.
- 2) Dermo-epidermitis papulosa: pápulas lenticulares que evolucionan hacia la ulceración.
- 3) Dermo-epidermitis pápulo-pustulosa: de localización foliular.
- 4) Dermo-epidermitis tuberosa.
- 5) Dermo-epidermitis de tipo úlcero-costroso ectimatiforme.
- 6) Dermo-epidermitis vegetante: de aspecto frambuesiforme.
- 7) Granuloma hipodérmico.
- 8) Escrofulodermis: caracterizada por la semejanza clínica con la tuberculosis cualitativa.
- 9) Granuloma hipertrófico de labio.

La sola enunciación de estas variedades, dentro de las formas cutáneo-mucosas, da jerarquía dermatológica a la entidad que nos ocupa, ya que para su diagnóstico diferencial con dermatosis clínicamente afines es indispensable la colaboración de un dermatólogo avezado.

Las FORMAS EXTRACUTANEAS comprenden:

1) Formas ganglionares.

2) Formas Viscerales.

3) Formas Mixtas, las cuales comprenden, a su vez, formas linfático-viscerales y linfático tegumentarias.

Las formas ganglionares son de difícil diagnóstico, ya que se confunden, a menudo, con la Enfermedad de Hodgkin.

Las formas viscerales pueden ser puras o estar asociadas a localizaciones cutáneas. En orden de frecuencia los órganos más atacados son: laringe, pulmón, aparato digestivo (desde boca hasta ano) hígado, bazo, páncreas, ganglios abdominales, huesos, sistemas génitourinario y nervioso.

Si bien es cierto que muchas de estas localizaciones son excepcionales, todas ellas han sido descritas y por tal motivo deben tenerse en cuenta siempre que nos encontremos ante una encrucijada diagnóstica.

El primer caso del trabajo de Méndez Lemaitre es muy demostrativo de nuestro aserto. Se trata de un paciente de 22 años que consulta al Instituto de Radium por adenopatías submaxilares, cervicales, axilares e inguinales, duras y no adheridas ni a la piel ni a los planos profundos. Se hace el diagnóstico clínico de Enfermedad de Hodgkin y el paciente se pierde durante dos meses para volver al cabo de ellos a hacerse practicar los exámenes indicados dos meses antes. Para entonces las adenopatías habían aumentado de tamaño y una de ellas (cervical) se había reblandecido, amenazando con abrirse espontáneamente. En estas condiciones se rectifica el diagnóstico clínico de la primera consulta en favor del de Adenopatías Tuberculosas. Se practican biopsias de las masas tumorales del cuello y en los cortes de éstas se constata la presencia de formas celulares de *Blastomices Brasilensis*. Se encuentra, igualmente, el hongo en el pus de las lesiones y en el esputo y las inoculaciones al cobayo son asimismo positivas. Se instituye tratamiento sulfamidado a pesar del cual el paciente fallece pocos meses después. En la necropsia se constatan, a más de las lesiones ganglionares, lesiones de la misma etiología en pulmones y bazo. Se trata pues de una forma linfático-visceral pura, sin lesiones mucosas ni cutáneas.

El segundo caso de la publicación que nos ocupa es un diagnóstico de autopsia en un individuo que fallece después de ser tratado, infructuosamente, como tuberculoso. Se trata, en efecto, de unas vísceras remitidas al Instituto de Radium, desde Bucaramanga, para su estudio anatomopatológico, acompañadas de una historia en la cual se menciona la existencia de ganglios submaxilares y parabronquiales, "neoplasia en el labio superior derecho", "garganta ulcerosa", "encías fungosas" y "pulmones normales". Tanto en ganglio linfático como en glándula salival, pulmón y piel, se encontró la imagen histológica típica del granuloma paracoccidioso. Este caso expresa, por sí solo, nuestro interés por que la enfermedad de Lutz sea conocida ampliamente en todos los ámbitos médicos del país.

Los casos 3º, 4º, 5º, 6º y 8º de la casuística de Méndez Lemaitre corresponden a pacientes que consultan por lesiones erosivas mucosas (lengua, labio, encía, paladar) y en ninguno de los cuales se llega al diagnóstico clínico de Blastomycosis. Tres de estos casos fueron diagnosticados como epitelomas, uno como epiteloma o chancro duro y el otro como tuberculosis faríngea. En todos ellos se llegó al diagnóstico correcto por medio de la histopatología. En dos de estos casos se encuentran, al examen radiográfico, alteraciones pulmonares, pero en ninguno de ellos se menciona si se hizo o no investigación de hongos en el esputo. Dos presentaron pequeñas adenopatías submaxilares de las cuales no se practicó biopsia.

El caso 7º de las observaciones que nos ocupan corresponde a un paciente que consulta por adenopatías cervicales y en el cual se hace diagnóstico clínico y anatomopatológico de Adenitis Tuberculosa. El descubrimiento de una ulceración en paladar plantea el diagnóstico entre Blastomycosis y Carcinoma. El estudio histopatológico confirma el primero y revisados los especímenes de ganglio se rectifica el diagnóstico de tuberculosis en favor del de Blastomycosis. Es de anotar que este paciente fué tratado con éxito para su "adenitis tuberculosa", la misma que más tarde fue diagnosticada como Blastomycosis.

Son estos los casos con los cuales ilustra Méndez Lemaitre la primera publicación nacional sobre Blastomycosis Sudamericana. Los diagnósticos clínicos, errados en su totalidad, fueron aquellos

conque llegaron los especímenes biópsicos al laboratorio del autor. Al desentrañar la verdadera etiología de las lesiones que le fueron enviadas y publicar sus conclusiones, acompañándolas de los escasos datos clínicos de que disponía, prestó un valioso servicio a la medicina colombiana y abrió rumbos para nuevos estudios sobre la materia.

El segundo trabajo que se publicó en el país sobre el tema que nos ocupa corresponde al mismo autor quien, con la colaboración del Dr. Carlos García Cortés, amplía una observación de las ya publicadas con una revisión clínica de la entidad y un completísimo estudio micológico. (3)

Dos nuevos casos clínicos, exhaustivamente estudiados, fueron publicados por los doctores Dueñas Angel, García Cortés y Mora Ramírez en agosto de 1955. (4)

Precediendo a la exposición de las observaciones hacen un interesante resumen de las principales características de la enfermedad tanto desde el punto de vista clínico, como desde el histológico, epidemiológico y terapéutico. A continuación del análisis de los casos dedican a la micología un documentado capítulo de gran interés para quien se interese por este aspecto de la Enfermedad de Lutz. El primer caso del trabajo que nos ocupa, pertenece a un paciente que consulta por dolor de garganta, tos, disfagia y disfonía. La tos se acompaña de abundante expectoración mucopurulenta. Fuera de los exámenes de laboratorio corrientes, se le ordena fotofluorografía pulmonar y laringoscopia indirecta. El informe de la primera dice: "Sospecha de TBC pulmonar" y el de la segunda que el paciente parece tener una TBC laríngea por encontrarse epiglotis y bandas ventriculares parcialmente destruidas. En vista de estos resultados se le ordenan radiografía pulmonar, laringoscopia directa y biopsia. En el informe de la radiografía se dice que no puede excluirse una forma úlcero-fibrosa de TBC pulmonar, pero no se menciona otro posible diagnóstico. A la laringoscopia directa "se aprecia una tumoración vegetante que ha destruido el borde superior de la epiglotis". Se toma biopsia que se envía con el diagnóstico de TBC laríngea. Esta es la que rectifica el diagnóstico de TBC, ya que en los cortes histológicos se encontraron numerosos hongos con los caracteres del *Blastomycetes Brasilensis*.

Endoscopistas y otorrinolaringólogos pueden sacar una provechosa enseñanza de este caso con solo pensar en la posibilidad de una Blastomycosis Laríngea en presencia de lesiones úlcero-vegetantes de este órgano.

El segundo caso de la publicación de Dueñas Angel y col., es el de un paciente que consulta por astenia, palidez, enflaquecimiento y tos frecuente. En ocasiones fiebre vespéral. En el momento de la consulta presenta ulceraciones en la mucosa bucal, de un año de evolución, dolorosas y acompañadas de disfagia y temperatura subfebril. Hay, además, adenopatías submaxilares bilaterales. En el talón del pie izquierdo y en la región plantar de la base del 5º metacarpiano y del grueso artejo se encontraron "pequeños nódulos de medio centímetro de diámetro, dolorosos a la palpación y que supuran dejando salir pus de color amarillo claro".

La fotofluorografía señaló la presencia de lesiones micronodulares múltiples. La biopsia de labio inferior es positiva para Blastomycosis, no así la de laringe (a ni vel de la cual se habían encontrado lesiones úlcero-vegetantes).

El estudio micológico fue concluyente: tanto en el esputo, como en el pus de las lesiones cutáneas y en el raspado de las lesiones de la boca se encontró el hongo y los cultivos fueron positivos en todos los casos. Es interesante anotar que en los primeros exámenes de esputo practicados no fué posible la individualización del hongo.

Este paciente, después de abandonar el Instituto de Radium, fué tratado, en otro hospital, como tuberculoso.

Resumimos la experiencia que nos brinda el análisis de estos dos casos, en que la histopatología y el estudio micológico (frotis, cultivos e inoculaciones) deben ser sistemáticos en todos los pacientes en quienes se sospeche una Blastomycosis, ya que el diagnóstico clínico, aún contando con métodos especializados como la laringoscopia, puede ser a menudo imposible y un simple frotis o un solo examen de esputo no descartan la naturaleza blastomycótica de un proceso dado.

En los dos casos anteriores se inició el tratamiento antituberculoso antes de conocer los resultados de la histopatología lo que da una idea del grado de confusión existente entre TBC y la Molestia de Lutz-Splendore y Almeida.

No pasan dos meses de la publicación del trabajo anterior cuando aparece un nuevo aporte a la literatura con el estudio de un interesantísimo caso llevado a cabo por el doctor Policarpo González Soler. (5) Se trata de un paciente que consulta por tos con expectoración hemoptoica, inapetencia manifiesta y notable pérdida de peso. La inspección del enfermo permite descubrir la existencia de nódulos subcutáneos de los cuales uno está ubicado sobre la rama ascendente del maxilar superior izquierdo; otro en la cara supero externo del brazo izquierdo; otro en muslo izquierdo y otro en pierna del mismo lado. Los tres primeros eran blandos y dolorosos y el último de consistencia dura. En la historia se deja expresa constancia de que el examen de boca, faringe y laringe es negativo. No hay adenopatías cervicales pero sí inguinales (bilaterales).

La radiografía simple de tórax muestra "múltiples imágenes nodulares de contornos definidos y diseminados en ambos campos pulmonares. Se observa también la imagen de una gran caverna en la base pulmonar derecha".

El paciente había tenido sintomatología renal manifestada por polaquiuria y disuria y por una micción con pus y sangre. En la historia se consigna que los puntos ureterales posteriores eran dolorosos a la palpación.

Se pretende, en estas circunstancias, extirpar uno de los nódulos subcutáneos comprobándose al intentarlo que la masa "estaba constituida por un pus bien ligado, en el que posteriormente, al examen de laboratorio, se encontraron abundantes blastomicetes". La investigación de hongos en el esputo es, asimismo, positiva.

Dadas la sintomatología renal y la imagen radiográfica de pulmón se hizo diagnóstico clínico de cáncer metastásico en el pulmón, con localización renal primitiva. Sólo la biopsia de un ganglio linfático y los hallazgos micológicos anotados llevaron al correcto diagnóstico.

Este interesantísimo caso tiene una importancia excepcional por tratarse de una forma linfático-visceral pura cuyo diagnóstico podemos considerar casi imposible si no se recurre a la biopsia y a las investigaciones micológicas. Nos sirve, igualmente, para insistir en que no solo al dermatólogo compete el conocimiento de la Blastomycosis, sino que es necesario que internistas y cirujanos estén familiarizados con ella.

Este caso representa el último aporte que se ha hecho a la literatura nacional sobre la materia. Pasaremos, en seguida, revista a dos casos estudiados en el Hospital de San Juan de Dios por el doctor Rafael Sarmiento Montero, próximos a publicarse y cuyas historias nos han sido gentilmente cedidas por el autor.

CASO I: Paciente enviado de un hospital de provincia con el diagnóstico de Carcinoma del labio inferior. Al ingreso al hospital presenta "lesión ulcerosa de bordes irregulares, fondo botoneante, localizada en el tercio derecho del labio inferior. No es indurada y tiene forma ovalar. La encía del maxilar inferior se ha adherido al labio inferior, desapareciendo el vestíbulo de la boca en la región correspondiente a los incisivos y caninos".

El paciente presenta tos y expectoración hemoptóica. Hay infartación de los ganglios cervicales, claviculares y axilares derechos, los cuales son dolorosos pero no adherentes.

A los 4 días del ingreso se le practican examen de esputo y radiografía de tórax. El primero es positivo para Blastomices y de la segunda se informa: "Extenso proceso TBC bilateral".

Practicada la biopsia de ganglio cervical se reafirme el diagnóstico de Blastomycosis. La biopsia de piel practicada en el Instituto de Cancerología, de donde fue remitido el paciente con el diagnóstico correcto, fué igualmente positiva. Luego de 2 meses y 6 días de tratamiento sulfamidado (362 grs.) el examen de esputo se negativiza, no así la imagen radiográfica que permanece sensiblemente igual. Por esta misma época se practica una inoculación de esputo al curí la cual resulta negativa.

La segunda observación de este trabajo, próximo a publicarse, trata de un paciente remitido al Hospital de San Juan de Dios, del Instituto de Cancerología, con el diagnóstico de Blastomycosis,

comprobado mediante biopsia. Se ignora si se hizo diagnóstico clínico correcto. En el hospital fue estudiado por el doctor Sarmiento. La baciloscopia fue negativa en dos oportunidades pero en la radiografía se observaron nódulos, infiltrados y lesiones de tipo fibroso. El radiólogo informa que desde el punto de vista radiológico es imposible "establecer diferencia entre una TBC pulmonar y una micosis pulmonar". El paciente fué tratado con sulfadiazina y al cabo de 1½ meses habían cicatrizado todas las lesiones.

Hemos hecho hasta aquí una sucinta recopilación de lo que hemos encontrado sobre Blastomycosis en la literatura nacional. Completaremos esta monografía con nuestros casos personales y al final haremos un cuadro sinóptico con el cual trataremos de establecer las características comunes y diferenciales de los casos estudiados en nuestro país.



CASUISTICA PERSONAL

CASO Nº 1

Manuel R.

38 años.

Natural de Bugalagrande donde vivió pocos meses, trasladándose luego a Tu-luá de donde pasó, hace 12 años a Puerto Tejada lugar donde residió hasta que su enfermedad lo obligó a salir en busca de atención médica.

Antecedentes Familiares: sin importancia.

Antecedentes Personales: Chancro hace 20 años (ignora su etiología); bubón inguinal; blenorragia; varicela; paperas y paludismo.

Antecedentes de Enfermedad Actual: hace, aproximadamente 2 años, notó que se le aflojaron los incisivos centrales inferiores. Al indagar la causa el paciente se dio cuenta de la existencia de una lesión ulcerosa, de fondo vegetante, localizada en la cara anterior de la encía inferior, la cual fué extendiéndose hacia el lado izquierdo. Un mes después de descubierta dicha lesión apareció otra, con las mismas características, en la cara mucosa de la mejilla izquierda. La siguiente apareció en la semimucosa de labio inferior, hacia su mitad izquierda. No hubo edema de labio. Esta última lesión progresó tanto hacia la cara mucosa como hacia la cara cutánea de labio inferior. Dada la profusión de lesiones el paciente no puede seguir la evolución de cada una de ellas; solo manifiesta que de este momento en adelante las lesiones fueron aumentando aceleradamente en piel y en mucosas. En la primera, al tiempo que evolucionaba la lesión de labio, formaban nuevas lesiones que progresaban por crecimiento excéntrico y por convergencia.

A los seis meses del comienzo de la enfermedad empezaron a caérsele los dientes, siendo los primeros los incisivos medios inferiores.

Estado Actual Dermatológico: se encuentran lesiones mucosas y lesiones cutáneas.

1) **Lesiones Mucosas:** ante todo se constata una marcada dificultad para abrir la boca, siendo de 2 cms. la máxima separación posible de las arcadas dentarias. A través de esta estrecha hendidura se observan, sobre paladar duro y a ambos lados de la línea media, formaciones papilomatosas salpicadas de un puntillado hemorrágico, dando la sensación de que el paladar se halla hendido en la línea media. En dorso de lengua, formación papilomatosa de 1½ cms. de diámetro, acribillada de un puntillado hemorrágico que le da la apariencia de una pequeña fresa. En la punta de la lengua se encuentra un elemento análogo al anterior.

Los labios tienen consistencia fuertemente acartonada lo que hace imposible observar su cara mucosa, lo mismo que las encías. La poca separación de las arcadas dentarias impide observar la mucosa yugal.

2) **Lesiones Cutáneas:**

a) **Faciales:** las lesiones cutáneas faciales ocupan la totalidad del labio inferior, todo el labio superior, avanzando hasta el reborde del vestíbulo nasal (alas de la nariz y columela); el mentón, el pómulo izquierdo y parte de la vertiente nasal del mismo lado. Además se encuentran lesiones aisladas en pómulo derecho y región hiodea.

Estas lesiones son ulcerosas, de base muy infiltrada, de fondo vegetante, seco, en algunos sitios cubierto por costras melicéricas. Su profundidad es de 3 mm. aproximadamente. Están circunscriptas por bordes muy netos, acordo-

nados, de color rosado y muy firmes al tacto. En las grandes lesiones (labio inferior, labio superior, mentón izquierdo) estos bordes son moreados, dando la impresión (corroborada por la anamnesis) de que estos elementos han sido constituidos por confluencia de otros más pequeños.

b) **Extrafaciales:** En cara anterior, tercio inferior del muslo izquierdo se encuentra un elemento ulceroso de 2 cms. de diámetro, de fondo seco, vegetante que da la impresión de una gruesa costra, pero que no se desprende con la cureta. Esta lesión asienta sobre una placa violácea que sobrepasa, en algunos milímetros, al elemento. (Esta lesión no encuadra dentro de ninguna de las subdivisiones de la clasificación de Aguiar Pupo, habiéndola nosotros observado en 2 de nuestros casos. Llamamos la atención acerca de ella pues puede ser un elemento valioso en el diagnóstico clínico de la enfermedad).

Datos positivos a nivel de otros aparatos: estertores subcrepitantes diseminados en ambas bases pulmonares; murmullo vesicular disminuído uniformemente; taquidisia. Torax adelgazado. Prominencias óseas notorias.

Taquicardia; tonos cardíacos velados; tensión 125 x 70.

Escaso panículo adiposo, piel delgada y xerodérmica, principalmente en miembros inferiores.

Conjuntivas anémicas. Halitosis notoria.

En los demás sistemas no hay nada especial.

Este es el estado en el cual ingresa el paciente al hospital, con el diagnóstico clínico presuntivo de Leishmaniasis Mucocutánea, hecho por nosotros en la consulta externa. Una vez en el Servicio se le practica biopsia de una de las lesiones cutáneas y en el resultado se nos informa acerca de la presencia de Blatomicos. En estas condiciones se le practica radiografía de tórax la cual es negativa.

Baciloscopia: negativa. Reacciones Serológicas: negativas.

Con el diagnóstico anatomopatológico de Blastomycosis Sudamericana y la corroboración clínica, después de un minucioso examen de las lesiones mucosas típicas, se inicia tratamiento a base de sulfadiazina en altas dosis, con el sorprendente resultado que se podrá poner en evidencia observando las fotografías adjuntas al presente trabajo. A pesar de la cicatrización de todas las lesiones, se ha creído conveniente continuar con tratamiento de consolidación a base de sulfadiazina, mientras se le practica la cirugía reparadora necesaria dadas las secuelas destructivas y retráctiles que dejó la enfermedad.

Se trata pues de un caso de Blastomycosis muco-cutánea pura, sin participación ganglionar ni pulmonar.

CASO 2: Carlos A. 30 años; natural de La Vega, residente en Acacias durante 20 años; procedente de Bogotá en donde vive hace 30 meses. Soltero. Agricultor de profesión.

Antecedentes familiares y personales: sin importancia.

Enfermedad Actual: antecedentes: hace 3 meses notó engrosamiento de la mitad derecha de la mucosa de labio inferior. Sobre este engrosamiento apareció luego placa blanquecina que asentaba sobre un infiltrado ligeramente prominente. Con posterioridad hubo, sucesivamente, vesiculización y ulceración de dicha zona. La ulceración era de crecimiento progresivo, poco secretante y se acompañaba de exquisito dolor. Luego notó sequedad faríngea y sialorrea, al tiempo que los dolores, en labio inferior, se hacían cada vez más agudos. La lesión no era sangrante.

En estas condiciones consulta al Instituto Nacional de Cancerología, donde se le practica biopsia de la lesión, por medio de la cual se llega al diagnóstico de Blastomycosis Sudamericana, siendo remitido al Hospital de San Juan de Dios.

Estado actual: Presenta lesión ulcerosa de 4 cms. de diámetro que abarca la mitad derecha de la cara mucosa de labio inferior y la porción contigua de la encía, hasta el reborde alveolar. Esta úlcera tiene un aspecto granuloso, de fondo blanquecino, acribillado de un puntillado hemorrágico que le da la típica apariencia frambuesiforme que es clásico describir en esta enfermedad.

No se aprecian adenopatías regionales y el examen físico del paciente es satisfactorio.

En la radiografía pulmonar se observan múltiples infiltrados, de bordes difusos, en ambos campos pulmonares, más acentuados en el tercio inferior de ellos. Según el reporte del radiólogo, la imagen es "sugestiva de micosis".

La baciloscopia es negativa.

En estas condiciones se somete a tratamiento sulfamidado, mejorando, rápidamente, de las lesiones mucosas, por lo cual se le da de baja con la recomendación de seguir el tratamiento ambulatorio.

La experiencia que nos brindan estos dos casos nos permite sacar una conclusión de gran valor en el pronóstico de la enfermedad de Lutz: que pacientes con extensas lesiones muco-cutáneas pueden hallarse libres de invasión visceral, al tiempo que otros con lesiones muy limitadas pueden presentar localizaciones viscerales. (Primero y segundo casos, respectivamente).

Por otra parte es interesante anotar la precocidad de la invasión pulmonar en el segundo caso de nuestra casuística, siempre y cuando se nos permita considerar a los infiltrados que presenta el enfermo como debidos a la Blastomycosis, aún en presencia de baciloscopia negativa, y nos sea dable conceptuar que las lesiones pulmonares son secundarias o, al menos, simultáneas con las manifestaciones de mucosas.

CASO 3: Luis A. 37 años. Natural y Procedente de Sinsalada (Sant.) Casado. De profesión agricultor.

Antecedentes familiares y personales: sin importancia.

Enfermedad Actual:

a) **Antecedentes:** hace 13 meses presentó absceso (?) en el 2º molar izquierdo inferior. Practicada extracción de esta pieza dental quedó solución de continuidad que tomó un curso progresivo hasta abarcar toda la encía inferior de ese lado. Hubo edema inflamatorio de la encía y las lesiones se acompañaban de dolores punzantes y sialorrea, a veces, hemorrágica.

A los 3 o 4 meses de este episodio inicial, aparecieron lesiones ulcero-costrosas en comisuras bucales las cuales eran secretantes. Al mismo tiempo se produjo un empastamiento de labio, encías y piso de la boca. Estas lesiones comisurales avanzaron, tanto hacia la cara mucosa como hacia la cara cutánea de labio inferior. Un mes después de iniciada la lesión endobucal, aparecieron adenopatías submaxilares derechas, las cuales se reblandecieron y se abrieron espontáneamente 2 meses después, dando salida a un material hemopurulento.

Desde hace 5 meses presenta adenopatías latero-cervicales izquierdas y una suprahiodea, todas ellas progresivamente crecientes.

En estas condiciones consulta al Hospital de San Juan de Dios, donde le ordenan investigación de hongos por sospecharse una Actinomicosis o una Blastomicosis. Ni el examen directo ni el cultivo fueron positivos para hongos.

Iba a practicársele una biopsia cuando el paciente manifestó que días antes le había sido tomada una en el Instituto Nacional de Cancerología. Se consultó la historia efectuada en el mencionado Instituto, encontrándose el resultado de una biopsia enviada con el diagnóstico de Leishmaniasis Mucocutánea, la cual era positiva para Blastomicosis.

b) **Estado Actual Dermatológico:** en comisuras bucales lesiones ulcero-costrosas que avanzan, aproximadamente, 1½ cms. sobre la piel del labio inferior, sirviéndoles de límite un borde acordonado, violáceo y duro al tacto. Avanzan, igualmente, sobre la cara mucosa del labio, adoptando allí apariencia papilomatosa, salpicada de puntillado hemorrágico y extendiéndose sin solución de continuidad hasta el reborde alveolar con el típico aspecto frambuesiforme.

En la parte anterior de la encía superior existen lesiones análogas.

En el centro de la nalga derecha existe una lesión numular constituida por una mácula violácea recubierta por una escama-costra adherente que al arrancarse deja ver una superficie sangrante y finamente papilomatosa. Esta lesión tiene gran similitud con la que presentaba, en muslo, el caso 1 de nuestra casuística.

En región laterocervical izquierda, sobre el músculo esterno-cleido mastoideo, gran adenopatía, del tamaño de una ciruela, de consistencia renitente,

adherida a la piel y a los planos profundos y dolorosos al tacto. En región suprahiodea elemento análogo pero de menor tamaño. A la altura del ángulo derecho del maxilar inferior adenopatía pequeña y de consistencia leñosa, no adherida a la piel ni a los planos profundos. Un poco por debajo y por dentro de esta última adenopatía se observan dos cicatrices irregulares secuelas de otras tantas adenopatías abiertas espontáneamente, como se ha relatado en los antecedentes de la enfermedad actual.

El resto del examen físico es completamente negativo.

Exámenes complementarios: Radiografía de Torax: negativa. Baciloscopia: negativa. Se trata, pues, de una Blastomycosis Sudamericana, forma Muco-cutánea-ganglionar. Se inicia el tratamiento con sulfadiazina apreciándose marcada mejoría en el poco tiempo que lleva con dicha medicación.

Esta forma clínica es, posiblemente, la más frecuente entre nosotros y a la vez la que más se presta a confusiones ya que hay varias entidades de análoga sintomatología. No obstante ello las lesiones tienen una apariencia tan característica que nos atrevemos a afirmar que un buen examen puede conducirnos, con toda seguridad, al diagnóstico correcto.

En este caso hemos observado, por segunda vez, una lesión que no corresponde a ninguna de las formas cutáneas de la clasificación de Aguiar-Pupo. Se trata del elemento situado en región glútea el cual, por haberlo observado con iguales características en otro de nuestros casos y por responder ambos, precozmente, a la terapéutica sulfamídica, nos atrevemos a catalogarlos como pertenecientes al cuadro clínico de la entidad que nos ocupa.

Hasta aquí los casos estudiados por nosotros. Agregaremos a nuestro trabajo 2 casos no publicados que hemos encontrado en el archivo estadístico del Hospital de San Juan de Dios y otro estudiado por el doctor Hernando Rodríguez Medina el cual será objeto de publicación aparte pero del que haremos referencia por gentil concesión suya.

Isidro F. 73 años. Oriundo de Tibaná. Procedente de Bogotá.

Ingresa al hospital por tos seca, dolor torácico y fiebre. Estos síntomas tienen 8 meses de evolución y en el transcurso de ellos ha tenido expectoraciones hemoptoicas.

Al examen físico presenta en región preauricular izquierda una lesión ulcerosa, superficial, cubierta de costras melicéricas y descrita en la historia como "lesión purulenta". Nosotros fuimos llamados, a consulta, del servicio donde estaba siendo estudiado el paciente e hicimos el diagnóstico clínico de Impétigo. Es esta la única lesión cutánea que presenta el enfermo, quien por otra parte tampoco presenta alteraciones objetivables a nivel de las mucosas.

A la auscultación pulmonar se escuchan estertores crepitantes en ambas bases, sopro tubárico y estertores de medianas burbujas en vértice izquierdo.

En estas condiciones se ordenan radiografía de tórax y baciloscopia. De la primera se informa: "Extenso proceso cavitario bilateral. La atípica localización sugiere investigar una micosis". En el informe del examen de esputo se dice que existe la sospecha de blastomicosis. Se toma entonces una biopsia cutánea, sugerida por nosotros, a pesar de nuestro diagnóstico de Impétigo, la cual no deja ninguna duda de que se trata de una Blastomicosis.

Poco tiempo después y a pesar de la medicación instituída, el paciente fallece de complicaciones cardio-respiratorias. Se practica la necropsia de la cual el resumen de lesiones es el siguiente:

- a) Blastomicosis Cutánea (regiones auricular y preauricular izquierdas).
- b) Blastomicosis Linfática. (Ganglios cervicales y mediastinales).
- c) Blastomicosis Pulmonar. (Bilateral).
- d) Blastomicosis Esplénica.
- e) Blastomicosis Hepática.
- f) Blastomicosis Intestinal. (Intestino delgado y colon).
- g) NO HAY LESIONES MUCOSAS.

Este caso nos parece singularmente demostrativo de la gravedad que puede adquirir la Blastomicosis como consecuencia de las variadísimas localizaciones y por consiguiente de la inmensa gama de síntomas de los cuales puede ser responsable. Llama, también, poderosamente la atención la insignificancia de las lesiones cutáneas y la no existencia de lesiones mucosas. Por otra parte la edad del paciente no corresponde a aquella en la que habitualmente se manifiesta la enfermedad. Sin embargo se puede presumir que la evolución haya sido muy larga, dada la profusión de lesiones, a pesar de que la historia clínica relata que la sintomatología comenzó 8 meses antes del ingreso del paciente al hospital.

El caso siguiente no lo conocimos; hallamos su historia en el archivo del hospital y de ella extractamos los datos más importantes:

Antonio J., 39 años, de profesión agricultor, oriundo de Ciénaga y procedente de Arbeláez.

Consulta por ulceraciones endobucuales, a nivel de labios y mucosa yugal; edema inflamatorio de labios, mejillas y parte alta del mentón. Eritema de los mismos sitios con prurito intenso y dolor.

Antecedentes: hace 20 meses, aparición de lesión ulcerosa en mucosa yugal izquierda. Indolora, solo le molestaba cuando ingería alimentos salados ó ácidos. Poco después se presentó inflamación de la mejilla y de la comisura bucal izquierdas. Sobre esta última se formó una fisura muy dolorosa,

Al examen físico, fuera de sus lesiones cutáneas solo se encuentran alteraciones a nivel de los pulmones, caracterizadas por disminución del M. V. en ambas bases, y estertores crepitantes y subcrepitantes en vértice izquierdo. El paciente acusa tos seca.

Se practica biopsia de mucosa la cual es positiva para Blastomicosis.

Se ordenan examen de esputo y radiografía de torax. El primero es negativo. De la segunda informan: "Focos micronodulares en la base derecha y en mucho menor número en la izquierda. Etiología imposible radiológicamente. Su forma atípica (basal, micronodular) estaría en favor del diagnóstico clínico, (Blastomicosis) pero solo el laboratorio puede hacer el diagnóstico microorgánico".

Se inicia tratamiento con sulfadiazina y, al mes, se informa al respecto de una nueva radiografía; "Da la impresión de haber disminuído, por lo menos en algún porcentaje, las imágenes anteriormente descritas".

El paciente es dado de baja 2 meses después de su ingreso, pero en la historia clínica no se consigna en qué estado.

El caso estudiado por el doctor Rodríguez Medina fué visto por nosotros en la Consulta Externa del Hospital. Consultaba por intensísima disnea y por lesión ulcerosa en lengua. Pareciéndonos de mayor urgencia terapéutica su problema pulmonar que su lesión lingual lo hospitalizamos en un servicio de clínica médica. De la historia que allí le fué confeccionada extractamos los siguientes datos: Hombre de 46 años, soltero, natural de Pitalito, procedente de Montañita (Caquetá); de profesión negociante.

Ingresa al servicio por las causas arriba anotadas.

Antecedentes de enfermedad actual: Hace un año se inició lesión ulcerosa en el borde izquierdo de la lengua, ocasionalmente sangrante, ligeramente dolorosa, que se hizo progresiva y ligeramente vegetante. Esta lesión se acompañaba de sialorrea intensa y disfagia moderada. A los 4 meses de su comienzo aparecieron adenopatías angulo-mandibulares y submaxilares izquierdas, fluctuantes y saliente, una de las cuales evacuó, espontáneamente, material amarillento.

Hace 6 meses comenzó a experimentar dificultad para respirar y disnea de esfuerzo, la cual fué en progresivo aumento hasta el estado actual en que es intensísima. Desde hace 2 meses tos ocasional, no productiva. Desde hace 4 meses, notoria y progresiva pérdida de peso.

Examen Físico: (resumen de los datos más importantes). En lengua, amplia lesión excavada, ulcero-vegetante, de bordes irregulares, frambuesiforme, no secretante ni sangrante, que abarca parte del dorso, borde izquierdo y región adyacente del piso de la boca. Es poco dolorosa espontáneamente y a la exploración. Hay ligera disminución del orificio bucal y marcada dificultad para la dicción.

Adenopatías medianas, blandas, un poco adherentes e indoloras (submaxilares y laterocarotídeas izquierdas). Cicatriz hipertrófica submaxilar izquierda.

Aparato Respiratorio: tiraje intenso supraesternal, supraclavicular e intercostal. Taquidisnea y aleteo nasal.

Proceso de condensación neumónico diseminado, más intenso en vértices y mayor sobre pulmón izquierdo. (Crepitación, submatidez, disminución del M. V.).

Biopsia lingual: proceso inflamatorio, crónico, específico, tuberculoide, con hongos tipo blastomices.

Radiografía Pulmonar: múltiples micronódulos extendidos en ambas áreas parenquimatosas, confluentes en algunos sitios; aumento de la densidad hilar (invasión ganglionar?) Compatible con micosis pulmonar.

Espuito: negativo para Bacilo de Koch y hongos.

El paciente se encuentra actualmente en tratamiento pero su estado general es muy malo

CONCLUSIONES

De la revisión de los 18 casos que figuran en el presente trabajo hemos obtenido una experiencia resumida en las siguientes conclusiones:

- 1) La Blastomycosis Sudamericana es una afección frecuente en nuestro medio.
- 2) Es una entidad poco conocida, como lo demuestran los diagnósticos clínicos, errados en su gran mayoría.
- 3) Es una enfermedad grave "quad vitam".
- 4) Su diagnóstico requiere, en muchos casos, el recurso de la biopsia y la investigación micológica.
- 5) Ataca exclusivamente al sexo masculino.
- 6) La edad de elección está comprendida entre los 30 y los 50 años.
- 7) Las lesiones más frecuentes son las cutáneo-mucosas o las simplemente mucosas.
- 8) Es corriente la participación de los ganglios satélites, en el proceso.

9) Los pulmones están atacados en una alta proporción de casos.

10) Numerosos órganos (posiblemente todos) pueden ser atacados simultánea o aisladamente.

11) Los trabajadores del campo constituyen la gran mayoría de los afectados por la enfermedad.

12) No se puede establecer si hay alguna región del país en que la enfermedad sea más frecuente ya que los pacientes proceden de lugares diferentes y muy distantes entre sí.

13) Las lesiones mucosas se confunden, principalmente con carcinomas, tuberculosis, chancros y leishmaniasis.

14) Las formas ganglionares con Enfermedad de Hodgkin, Adenopatías Tuberculosas y Actinomicosis.

15) La localización pulmonar es difícilmente diferenciable de la tuberculosis. Solo la concomitancia con lesiones cutáneo-mucosas o ganglionares y el examen de esputo positivo para Blastomices nos pueden autorizar a hacer el diagnóstico de Blastomycosis Pulmonar.

16) La investigación de hongos en el esputo es negativa en muchos casos en los cuales estamos autorizados para hacer el diagnóstico de Blastomycosis Pulmonar.

17) El tratamiento sulfamidado consigue la rápida cicatrización de las lesiones cutáneomucosas y la regresión de las adenopatías.

18) La imagen radiográfica pulmonar es poco modificada por el tratamiento.

19) La sulfadiazina es perfectamente tolerada por la mayoría de los pacientes, aún en dosis masivas y por un tiempo prolongado.

RESUMEN

Se pasa revista a la bibliografía nacional sobre blastomycosis. Se añaden a la casuística tres nuevos casos estudiados por el autor y se pasa revista a 5 casos inéditos. Se sacan conclusiones acerca de las principales características de la enfermedad y se completa el trabajo con un cuadro sinóptico de los 18 casos que figuran en el trabajo.

| CASOS | Sexo | Edad | PROFESION | Procedencia | PRIMERA LESION | LESIONES SECUNDARIAS | ESPUTO | MICOLOGIA | DIAGNOSTICO CLINICO | FORMA CLINICA | EVOLUCION |
|-----------------|------|---------|----------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------------------|------------|------------|---|----------------------------|--|
| 1º Méndez | M. | 22 | Zapatero | Manizales | Ganglio | Pulmón (comprobación autopsica) | Positivo | — | Hodgkin-T. B. C. Ganglionar | Linfático-visceral | Defunción |
| 2º Méndez | M. | 35 a 40 | Obrero de Carreteras | Barbosa | ? | Ganglio-Pulmón-Piel Glándula Salival | No se hizo | — | T. B. C.-Neoplasia de Ganglio "Hongos" | Cutáneo-linfática-visceral | Defunción |
| 3º Méndez | M. | 50 | Agricultor | Cúcuta | Lengua | Ganglio | No consta | — | Carcinoma de Lengua | Muco-linfática | Se desconoce |
| 4º Méndez | M. | 35 | Agricultor | Armenia | Encía | Ninguna | No consta | — | Carcinoma de Encía | Mucosa Pura | Curación Clínica |
| 5º Méndez | M. | 38 | Agricultor | Manizales | Velo Paladar | Pulmón? | No consta | — | T. B. C. Faringea | Muco-Visceral | Curación Clínica |
| 6º Méndez | M. | 42 | Agricultor | Florencia | Lengua | Ganglio? Pulmón? | No consta | — | Cáncer de Lengua | Muco-linfática-visceral | Curación Clínica (Sin modificaciones radiográficas) |
| 7º Méndez | M. | 36 | Agricultor | Marmato | Ganglios | Úlcera Paladar | No consta | — | Adenitis T. B. C. (Diag. Clínico e histopatológico) Carcinoma | Muco-linfática | Curación Clínica |
| 8º Méndez | M. | 42 | Agricultor | Tocaima | Labio | Ninguna | No consta | — | Epitelioma Espino-celular Chancro Duro | Muco-cutánea | Se desconoce |
| 1º Dueñas, col. | M. | — | Agricultor | Armenia | Mucosa Bucal | Pulmón-Laringe | Positivo | — | T. B. C. Pulmonar-T. B. C. Laríngea | Muco-linfática-visceral | Gran mejoría |
| 2º Dueñas, col. | M. | — | Agricultor | Villeta | Mucosa Bucal | Pulmón-Ganglios-Laringe | Positivo | Positiva | T. B. C. | Muco-linfática-visceral | Mejoría discreta |
| González, P. | M. | 39 | Agricultor | Dorada | Tumor Cadera | Pulmón-Ganglios | Positivo | Positiva | Cáncer Renal con metástasis a Pulmones | Linfática-visceral | Marcada mejoría pero intolerancia a las sulfas. Al suspenderlas empeoró. |
| 1º nuestro | M. | 38 | Agricultor | Pto. Tejada | Encía Inferior | Piel-Lengua-Paladar | Negativo | No se hizo | Leishmaniasis | Muco-cutánea Pura | Curación Clínica. |
| 2º nuestro | M. | 30 | Agricultor | Acacias | Labio Inferior (Mucosa) | Pulmones | Negativo | No se hizo | Se ignora | Muco-visceral | Mejoría Clínica (Aún en tratamiento) |
| 3º nuestro | M. | 37 | Agricultor | Sinsalada | Encía Inferior | Ganglios | Negativo | Positiva | Se ignora | Muco-cutánea-ganglionar | Mejoría Clínica (Aún en tratamiento) |
| 1º Sarmiento | M. | 39 | Jornalero | Iusme (?) | Labio | Pulmón-Ganglio | Positivo | — | Carcinoma de labio | Muco-linfática-visceral | Mejoría Clínica |
| 2º Sarmiento | M. | 60 | Jornalero | Sta. Sofía (Boy.) | Labio, paladar y lengua | Pulmón | Negativo | — | — | Muco-visceral | Curación Clínica |
| 1º Archivo | M. | 73 | Se ignora | Bogotá | Piel auricular | Pulmón-Bazo-Intestino Hígado-Bazo | Positivo | No se hizo | Impétigo | Cutáneo-visceral | Defunción |
| 2º Archivo | M. | 39 | Agricultor | Arbeléz | Mucosa Yugal | Pulmón | Negativo | No se hizo | Se ignora | Muco-visceral | Mejoría |
| Rodríguez, H. | M. | 46 | Negociante | Montañita (Caquetá) | Lengua | Pulmón-Ganglios | Negativo | No se hizo | Se ignora | Muco-linfática-visceral | En tratamiento |