

Sobre un caso de esporotricosis gomosa diseminada

Por el Dr. Julio Manuel Morales

Presentación A., paraguaya, de 18 años de edad, soltera, agricultora, procedente de Coronel Martínez, ingresa al servicio de Clínica de Mujeres del Prof. Montero el 1º de Agosto de 1926.

INTERROGATORIO

Los antecedentes familiares no revelan nada de importancia.

Los antecedentes personales son los siguientes: sarampión a los 8 años, verminosis intestinal y coqueluche poco tiempo después. Mestruó normalmente a los 14 años. En la misma edad fué atacada de paludismo del que curó a los tres meses. A los 16 años tuvo ciertas erupciones cuya naturaleza no puede precisar, en los órganos genitales externos y de la que sanó en pocos días con una higiene rigurosa. A los 17 años se embarazó y en un parto normal dió a luz un hijo sano.

Aparte de todo esto, y en relación con lo que a la enferma la trae al Hospital, nos cuenta que teniendo 12 años, y dos días después de un violento ejercicio hecho en la escuela, notó en ambas piernas la aparición de unas manchas violáceas en número de 8 a 10 en cada lado. Así mismo experimentaba en los miembros inferiores cierta pesadez dolorosa, que le dificultaba la marcha. Dos o tres días después, al friccionar sus doloridas piernas notó ciertas nudosidades que se correspondían con las manchas violáceas. Desapareció poco a poco el dolor, las manchas iban tomando una coloración cada vez más oscura, con

persistencia de las nudosidades que a la palpación se sentía, cuando apareció un nuevo trastorno. Se trataba de una pérdida de la agudeza visual del ojo derecho. Así las cosas, transcurrieron 3 o 4 meses y los nódulos de las piernas se abrieron al exterior, formándose las úlceras que desde entonces lleva la enferma y cuyos caracteres veremos más adelante.

Hace dos años que ella notó la aparición de tumefacciones en la ingle, a ambos lados, así como en las axilas. Desde entonces sufre también de ligeras cefáleas y dolores generalizados que se presentan en forma irregular.

Fué tratada en la campaña en diferentes formas. Últimamente se le hizo una serie de bicianuro de mercurio, sin resultado alguno.

EXAMEN

a) **Objetivo.**—Talla mediana, 58 kilos de peso, 76 pulsaciones por minuto, 19 respiraciones en el mismo tiempo; temperatura axilar 36,8. Actitud y marcha normales. Piel blanca con panículo adiposo discreto. Esqueleto y sistema muscular bien desarrollado, cabellos abundantes rubios, uñas en buen estado.

Cabeza.—Cráneo bien conformado. Cara: frente normal, nariz, fosas nasales, boca, dientes, lengua, faringe, orejas y conductos auditivos externos, todos normales. Ojos: izquierdo, visión normal; la pupila reacciona bien a la luz y a la convergencia. Los medios transparentes, normales. Derecho: visión defectuosa. En la córnea se notan ciertas opacidades puntiformes. El epitelio anterior de la misma, normal; la alteración es del parénquima, (infiltración leucocitaria). No se observan precipitados en el endotelio corneal. Cámara anterior del iris normal. No hay hipopión, hipa, ni sinequias.

Cuello.—Región anterior normal. Región posterior, idem. No se palpan ganglios.

Torax.—Esqueleto y masa muscular, bien desarrollados. Buena transmisión tóraco-bocal. A la percusión se encuentra en el 6º espacio intercostal derecho, por delante, la mazicé correspondiente al borde superior del hígado. La sonoridad es normal, tanto en la región posterior, laterales y anterior. La auscultación del pulmón no revela ruidos anormales.

Corazón.—Área cardíaca dentro de los límites normales. El ápice cardíaco se percibe en el 4° espacio intercostal, por dentro de la línea mamilar. Focos aórtico, pulmonar, mitral y tricuspídeo no revelan ningún vicio de este órgano.

Abdomen.—Inspección, percusión, palpación todo satisfactorio. Hay cicatrices de la maternidad.

Genitales.—Al examen, la vulva, y la vagina no presentan ninguna anomalía. El útero tiene el tamaño mediano, movilidad relativa, posición en ligera anteversión.

Miembros.—Superiores: Salvo una tumefacción de los ganglios axilares, del tamaño de un huevo de paloma, con los mismos caracteres que describiremos al hablar de los inguinales, no encontramos nada de particular. No hay epitrocleares. Inferiores: Aquí es donde asienta la lesión. En ambas piernas, a partir de los maléolos hasta el tercio medio inclusive encontramos diseminadas de preferencia hacia adelante gran número de ulceraciones, (8 en la pierna izquierda y 11 en la derecha). Dichas ulceraciones presentan los bordes un poco irregulares y apenas decolado; son del tamaño de una moneda de 50 ctvs. y están rodeadas de una aureola de coloración vinosa. Algunas de ellas se presentan cubiertas de una costra sero-hemática, encontrándose las demás descubiertas con una pequeña cantidad de secreción sero purulenta, mal ligada, espesa y de coloración amarillenta, en el fondo bastante regular.

En ambas regiones inguinales notamos una tumefacción del tamaño de un huevo de gallina, conservando la piel que la cubre sus caracteres normales. Estas tumefacciones son indoloras a la palpación y por ella no podemos casi individualizar los ganglios inguinales que se presentan duros y fijos. Bajo el arco crural se sienten los ganglios iliaco externo también aumentados de volumen.

Sistema nervioso.—No hay Romberg ni Argyll-Robertson. Reflejo patelar normal. No presenta signo de Babinsky ni de Oppenheim.

SUBJETIVO.—La sensibilidad táctil, dolorosa y térmica bien conservadas.

La enferma se queja apenas de ligeras cefaléas que se presentan con irregularidad, dolores musculares en las piernas y un decaimiento del estado general, no muy acentuado, que le obligan guardar cama.

El apetito está conservado, y las funciones digestivas no dejan nada que desear.

DATOS DE LABORATORIO

Reacción de Wassermann del suero sanguíneo: negativo.

Líquido céfalo-raquídeo: coloración normal. No hay albuminosis ni linfocitosis.

Reacción de Vernes del suero sanguíneo; índice fotométrico igual 11°.

Materia fecal, consistencia pastosa, color caoba. olor peculiar.

En el microscopio se encuentran algunos huevos de anquilostoma duodenalis. Alimentos bien digeridos.

Orina: cantidad 1.300 grs. en las 24 hs. Coloración: amarillo paja; transparencia clara, densidad 1021, glucosa y albúmina no tiene, cloruros: 10 por 0/00. Urea 18 por 0/00. Pigmentos y ácidos biliares, no hay; cilindros no se encuentran.

Sangre: 4.200.000 glóbulos rojos por milímetro cúbico. Índice hemoglobimétrico según la escala de Tallqwist, 75 0/0. Fórmula leucocitaria: una ligera polinucleosis.

DIAGNOSTICO

Con todos los datos que anteceden no podríamos arribar a un diagnóstico que satisficiera ampliamente.

En vista de ello, y sospechando ya una esporotricosis, practicamos una siembra en Argar glucosado de Sabouraud de la secreción de las úlceras así como del exudado sero-hemático que conseguimos escarificando los bordes de las mismas.

Pasaron 12 días y el diagnóstico de la naturaleza de la afección que nos interesaba quedó hecho. En los tubos de ensayo teníamos colonias casi puras de *Sporotricum Beurmanni* y en preparados microscópicos pudimos asegurarnos de los mismos.

Preferimos el cultivo a los otros medios diagnósticos de las micosis por ofrecer más seguridad y ser de técnica más fácil.

Mediante el llegamos a la conclusión de que se trataba de

una esporotricosis diseminada de ambas piernas, de 6 años de evolución con adenitis crónica concomitante, debida a una infección sobre añadida.

TRATAMIENTO

Sin pérdida de tiempo le impusimos el tratamiento.

a) Interno: Solución de ioduro de potasio; a dosis de 6 hasta 9 grs. al día. La enferma lo toleraba excelentemente.

b) Externo: Lavajes diarios de las úlceras con solución débil de Lugol.

La enferma mejoró rápidamente. Las úlceras se secaron, se cubrieron de costras y desaparecieron completamente dejando unas cicatrices fuertemente pigmentadas, un mes después de este tratamiento.

Las tumefacciones ganglionares fueron disminuyendo gradualmente hasta desaparecer casi por completo.

Los trastornos subjetivos cesaron a su vez. En cuanto a las manchas puntiformes de la córnea quedaron estacionarias.

Gracias, pues, a un diagnóstico acertado la enferma estuvo en poco tiempo libre de sus dolencias.

* * *

Como comentario sobre este caso clínico nos permitiremos decir dos palabras sobre las micosis, especialmente la esporotricosis, su frecuencia en nuestro país, y la importancia del diagnóstico diferencial de las afecciones cutáneas que abundan en el Paraguay.

Sabemos que la esporotricosis es causada por el *Sporotrichum Beurmanni*. Ella ha sido bien estudiada en Europa y en los E.E. U.U. En la Argentina, el Brasil y Colombia se han registrado algunos casos. Se las encuentra de preferencia en las regiones tropicales y subtropicales.

Aquí veremos nosotros que no son raros los enfermos de esporotricosis y de otras micosis, y si el número de casos bien estudiados no es aún suficientemente subido como para llamar la atención sobre estas afecciones, esto es debido en parte, a las pocas molestias que ellas generalmente ocasionan al paciente, a la idiosincracia de los enfermos, quienes no recurren al médico sino en los casos extremos y los cambia con demasiada frecuencia, y a la relativa dificultad del diagnóstico que

requiere el laboratorio para mayor exactitud.

El polimorfismo de las manifestaciones clínicas de la esporotricosis y micosis en general hace que en muchos casos, a pesar de un examen detenido sea difícil diferenciarlas de la tuberculides, sífilides, leprides y leishmaniosis tegumentaria y en dichos casos las reacciones biológicas: la aglutinación desviación del complemento, etc., pero especialmente el cultivo del pus y exudados en el medio de Sabouraud pueden prestar un señalado servicio, dándole el diagnóstico preciso de la lesión cutánea, tanto más apreciable, cuanto que al tratarse de la esporotricosis contamos en el arsenal terapéutico con armas que la combaten con éxito y en poco tiempo.

Durante el curso académico del año p.pdo., en la Clínica Dermatológica dirigida por el Prof. Dr. L. Zanotti Cavazzoni, se han presentado siete casos de esporotricosis (6 hombres y una mujer) cuyos diagnósticos diferenciales con las tuberculides, sífilides y leishmaniosis tegumentaria han motivado interesantes discusiones, por lo que el distinguido catedrático insistía sobre la necesidad del estudio de las dermatomosis tropicales y de la creación, con ese fin, de una Sección Dermatológica, anexa al Hospital de Clínicas.

Además de dichos casos hemos tenido oportunidad de ver otros micósicos, que a falta de buen diagnóstico venían siendo tratados ya como específicos, ya como bubáticos, pero sin ningún resultado benéfico para sus lesiones, y que curaron en breve tiempo con un tratamiento ioduro potásico, o en su defecto, por intolerancia del paciente, de iodolipina u otro preparado a base de iodo.

SINTESIS

De los caracteres clínicos expuestos brevemente se deduce la importancia de reconocer la esporotricosis.

Ordinariamente, el estado general del enfermo se resiente poco o nada.

El diagnóstico exacto se hace mediante el laboratorio.

El examen objetivo únicamente no puede bastar, teniendo en cuenta la multiplicidad de las lesiones, la variedad de sus formas y la semejanza con las producidas en la piel por la tuberculosis, sífilis y leishmaniosis.

La esporotricosis no es una afección rara en nuestro país.

En todas las afecciones cutáneas de diagnóstico relativamente dudoso y rebelde al tratamiento hay que pensar siempre en la esporotricosis.

* * *

Los casos observados llegaron hasta nosotros con otro diagnóstico, y fueron tratados durante mucho tiempo, sin mejoría apreciable, al decir de los enfermos, y esto ha sido el motivo principal de esta publicación, porque, repetimos, una vez establecida de manera precisa la naturaleza micótica de la dermatosis, el tratamiento es sencillo y eficaz.