
Blastomicosis Cutánea y Pulmonar

Por el Dr. F. J. Altschult
Long Branch, N. J.

Desde que apareció el primer informe de Gilchrist en 1894 sobre blastomicosis, numerosos informes han aparecido en la literatura, pero aquellos sobre infección generalizada son menos numerosos y sobre infección pulmonar aun más raros, especialmente los que tratan de la curación de esta afección.

El estudio de la literatura descubre solamente 4 casos de curación después de invasión pulmonar extensa. Los primeros casos de blastomicosis sistémica fueron descritos en Chicago por varios investigadores, especialmente Stober que nos ha dado la mejor descripción de la enfermedad. Desde entonces varios casos han sido descritos de 15 de los estados de la Unión, especialmente de los del Sur y Medio Oeste. El siguiente caso es en nuestra creencia el primero que aparece de New Jersey.

En los últimos años varios investigadores han llamado la atención sobre la frecuencia e importancia de las infecciones producidas por hongos especialmente a aquellas que causan lesiones pulmonares, siendo la creencia general que muchos de estos casos pasan desapercibidos o son con más frecuencia confundidos con tuberculosis.

Desde el punto de vista práctico, la broncomicosis puede clasificarse como sigue:

(1) La producida por organismos de «levadura», hongos del tipo *Blastomyces*, *Cryptococcus* (*Torula*), *Sacharomyces*, *Monilia*, *Endomyces*

(2) La producida por hongos filamentosos: (a). Del tipo delgado, nocardia, anaeromyces, vibriothrix: (b)—de tipo más largo—oidium, hemispora: (c). con estructuras conidias características y fructificaciones, aspergillus, penicillum, mucor, etc.

La revisión aunque sea a la ligera de la literatura sobre infecciones micóticas, produce la impresión de que existe una gran confusión sobre estos organismos. Debido al gran número de géneros, a las pequeñas diferencias y similitudes, a las grandes variaciones que producen los diferentes medios de cultivo, aun no se ha podido llegar a una clasificación standard.

El nombre de *blastomicosis* esta siendo usado más y más y aunque reconocida como una entidad clínica, algunos micólogos, especialmente Castellani y Chalmers, creen que no es una enfermedad causada por un agente etiológico único sino un estado produci-

do por uno o -varios de los diferentes hongos. El organismo responsable por la lesión discreta más adelante presentaba características idénticas con la mayoría de los blastomyces hasta ahora descritos, como son: cuerpo esférico, capsula hialina de doble contorno y en el centro un protoplasma granuloso.

Desde que se demostró que los blastomyces podían atacar al hombre, numerosas autopsias mostraron que prácticamente todos los tejidos podían ser invadidos en una infección general. Independientemente del órgano atacado, los blastomyces producen lesiones algunas veces imposibles de diferenciar de las producidas por el bacilo de Koch. La blastomycosis cutánea semeja mucho la tuberculosis verrucosa cutis; la blastomycosis pulmonar simula una tuberculosis pulmonar; invasión ósea (parece haber una predisposición a atacar la columna) puede producir un cuadro idéntico a un Pott y lesiones meníngeas pueden simular meningitis tuberculosa.

La blastomycosis pulmonar puede ser imposible de distinguir de una tuberculosis pulmonar aun después de un estudio histológico.

E. M. Mediar describe dos casos en los cuales las lesiones, en la autopsia, no podían diferenciarse de una vieja tuberculosis, aun al estudio microscópico puede no haber una diferencia esencial en el cuadro histopatológico. Mediar describe formación de células gigantes y aun degeneración caseosa en las lesiones **¿nicóticas.**

El caso que se describe aquí presenta muchos aspectos interesantes, siendo uno de ellos la curación completa con dosis de yoduro casi increíbles.

E. D. hombre, soltero, labrador, de 43 años de edad, nacido y creado en Mottewan New Jersey, Nunca ha salido del condado de Monmouth. Ingresó al Monmouth County Hospital el 15 de Abril de 1929. Salió el 19 de Julio de 1929. Se quejaba de tos con expectoración sanguinolenta y fiebre. Se había sentido bien hasta hacía dos meses cuando principió a cansarse con facilidad y a perder peso. Cree que ha perdido 20 libras en dos meses.

Desde hace un mes se ha venido sintiendo con fiebre en las tardes pero no ha dejado el trabajo sino diez días antes de su ingreso al hospital, cuando sintió de repente un fuerte dolor en el costa-

do izquierdo. La tos que antes no había sido muy tenaz, de repente empeoró y se tornó productiva, espectorando grandes cantidades de esputo espeso y manchado de sangre. Pocos minutos después de sentir el dolor tuvo un escalofrío prolongado. En los últimos días el dolor ha mermado algo, pero la tos y la espectoración han seguido lo mismo. Sudores nocturnos abundantes durante la última semana.

Como tres meses y medio antes de su ingreso al Hospital fue picado por una langosta en el dorso sode la mano izquierda. Pocos días después se había desarrollado una pápula roja en la región de la herida. Se aplicó cataplasmas pero la lesión aumentó de tamaño, se volvió purulenta y ne-crótica. Pocos días después áreas iguales se desarrollaron en la vecindad de la pústula primera; durante los tres últimos meses la lesión se ha extendido por casi todo el dorso de la mano izquierda de la misma manera. Después de supurar las lesiones se han cubierto con una costra amarillenta. Nunca ha sentido mucho dolor. No han aparecido lesiones en otras partes del cuerpo.

Examen físico: Temperatura, 38; pulso, 120; respiración, 30. Hombre de mediana edad, caquéctico, algo de disnea y sianosis.

Pulmón izquierdo. Expansión disminuida, submatidez y aumento de estertores sobre todo del pulmón izquierdo, del vértice a la

base en su parte anterior y por detrás hasta la quinta vertebra dorsal. Sobre esta área se oye respiración bronquial con estertores finos y medianos.

Pulmón derecho: Nada de anormal.

Corazón: La punta en el quinto espacio, línea medio clavicular. Ruidos de buen tono sin soplos. Pulso regular de buen tono. Presión arterial 110/65.

Mano izquierda: Abarcando casi todo el dorso de la mano se observa una lesión verrugosa de bordes bien delineados, elevados y de un color púrpura. La lesión está completamente cubierta de una costra amarilla y al quitar ésta se observan proyecciones papilomatosas y colecciones de pus amarillo y espeso. La lesión no es dolorosa y hay ganglios axilares ni epitrocleares.

El diagnóstico de blastoroycosis cutánea y pulmonar se hizo de la manera siguiente.

Lesión cutánea: Tuberculosis verrucosa cutis fue considerada en el diagnóstico, pero se descartó el encontrarse blastomyces en el pus de la lesión y en la sección de la piel en una biopsia.

Lesión pulmonar: A los rayos «X» lesión pulmonar semejaba mucho una tuberculosis pero ésta se descartó: (a) por no encontrarse bacilos ácido resistentes en diez y ocho exámenes de esputo (algunos por el método de concentración) y (b) al encontrarse blastomyses en el esputo repetidas veces (examen del esputo

fresco tratado con NAOH 10%).
Tratamiento y curso subsecuente:
En cuanto se estableció el diagnóstico se instituyó el siguiente tratamiento: 1) Dieta rica en calorías; 2) Radiación ultravioleta al tórax; 3) Tratamiento de Rayos X a la mano cuatro dosis suberítetna; 4) Yoduros. Se le dio una solución saturada de KI, una cucharadita tres veces al día, desde el principio y después de una semana, como no aparecían síntomas de yodismo, se le puso una inyección intravenosa de dos gramos de yoduro de sodio diariamente por ocho días. Después de dos semanas de tratamiento la temperatura empezó a descender, la tos y la expectoración disminuyeron bastante, la lesión cutánea empezó a mejorar y los signos físicos en el pulmón izquierdo acusaron una mejoría que fue confirmada por una nueva radiografía. Después de cuatro semanas de tratamiento, la temperatura ascendía sólo de vez en cuando a 38 grados a las 4 p.m. y el único signo físico que se observaba en el pulmón era cierta rudeza respiratoria y alguno que otro estertor sobre la base izquierda. La radiografía mos-

traba un marcado aclaración en la región del vértice y la parte superior del pulmón izquierdo.

Durante las diez semanas subsiguientes-su mejoría se acentuó. Se continuó el yoduro por la boca ya que el enfermo no presentaba síntomas de yodismo. E) día de su alta (Julio 18, 1929) el enfermo no presentaba ningún signo físico en el pulmón izquierdo, su estado de salud era magnífico y había ganado 32 libras durante los tres meses que permaneció en el Hospital. La lesión cutánea estaba completamente curada. La radiografía antes del alta fue negativa.

Nota: El enfermo fue visto el 20 de Septiembre de 1929 y en aquel tiempo se sentía perfectamente bien. Había regresado a su trabajo; no había tenido recaídas pulmonares o cutáneas.

Comentarios: Una conjetura interesante se presenta sobre si la lesión cutánea fue el foco primario de la infección y las lesiones-pulmonares metastáticos. De ser así el caso es notable porque no se presentaron lesiones de otros órganos y sobre todo por la curación completa obtenida. Existe prueba experimental de

que puede haber localizador) metastática sólo en el pulmón. Wade notó infección pulmonar después de inoculaciones subcutáneas con blastomyces.

Las enormes dosis toleradas por este enfermo sin producir síntomas de iodismo, llaman la atención ya que este recibió 12 gramos de yoduro de potasio diariamente por tres meses y además, por dos semanas, 2 gramos de yoduro de sodio en inyección intravenosa cada dos días, (total 14 gramos de yoduros en estos días) Stobér menciona la aparente tolerancia que estos enfermos poseen por los yoduros.

Las lesiones pulmonares de origen micótico merecen ser consideradas con mayor atención de como hasta ahora han sido. El asunto indudablemente tiene una importancia práctica y es más común de lo que se cree. Una vez establecido el diagnóstico

temprano, la curación es la regla.

N. de la R

Reproducimos hoy el artículo del Dr. Francisco Altschul que apareció en el Journal of the Medical Society of New Jersey, Estados Unidos. El Dr. Altschul es un joven hondureño que ha triunfado fuera de su patria, en los Estados Unidos, donde se ha radicado.

Nació en la ciudad de Yuscarán y después de hacer sus primeros estudios en esa ciudad, pasó a los Estados Unidos matriculándose en la Universidad de Columbia, en New York. Estudiante modelo, supo distinguirse entre sus compañeros y recibió su título en 1921. Hizo el internado en el Hospital San Vicente en la ciudad de Nueva York y después pasó a ejercer su profesión al estado de New Jersey, especializando en enfermedad de los pulmones.