

EPIDIDIMITIS BLASTOMICOTICA

Por la Dra. A. C. IRUSTA

INTRODUCCIÓN.

La blastomycosis sudamericana es una micosis endémica que abarca el noreste argentino, Paraguay y gran parte del Brasil, producida por el *paracoccidioide braziliensis*.

Se considera que su puerta de entrada puede ser: las vías respiratorias y más raramente mucosas y piel. Posee gran tendencia a la diseminación.

Con sus características clínico-evolutivas e histopatológicas, presenta gran similitud con la tuberculosis e igual que ésta suele comprometer los órganos genitales.

En la literatura encontramos varios casos con esta localización, siendo descripta por Díaz Silva (1914) (1); Cheriffe (paraguayo, 1944) (2); Sanmartino (1947) (3); Negroni Pablo y con colaboradores (1950-1951) (4); Garzón (1951) (4); Pinto Lima (1952) (5); Favaretto y del Negro (1954) (6); Campos (1959) (7); Britos T. de (1959) (8) Machado Filho y Miranda (1960) (9); Gonçalves A. P. (1963) (10); Negroni Pablo (1966) (4); Londero y Fabrizio (1966) (11).

CASO APORTADO:

R. G.: 40 años de edad; H. C. 20553. Cama 4, Servicio de Urología Hospital Penna.

M. I.: Exploración quirúrgica de epidídimo.

Enfermedad actual: Derivado del Hospital Muñiz, Sala 22, Jefe: Dr. Rubinstein; en donde estuvo internado por B. S. en su forma diseminada con localizaciones bucal, pulmonar y epididimaria, llegando en su período agudo a una encéfalo mielitis. Estudiado, diagnosticado por el Dr. Ricardo Negroni, medicado con Anfotericina B y sulfas. Cura clínicamente de sus lesiones con excepción de una epididimitis crónica levemente dolorosa y con un título de fijación de complemento elevado.

(Fijación de complemento al ingreso 1/1560, al egreso 1/1620.)

Antecedentes familiares: Un hermano con B. S., el resto sin particularidades.

Antecedentes personales: Paciente procedente del Chaco. Etilista.

Examen físico: Peso. 60 Kg.; talla, 1,55.

Ap. respiratorio: Murmullo vesicular conservado.

Ap. circulatorio: 4 focos, dos ruidos, silencios libres. Presión, 130/80.

Abdomen: Discreta hepatomegalia.

Ap. urogenital: Testículo derecho atrófico; testículo izquierdo epidídimo engrosado, indurado, irregular y ligeramente doloroso.

Tacto rectal: Esfínter tónico, ampolla libre, próstata moderadamente agrandada, consistencia elástica.

Intervención quirúrgica: 15/9/70. Cirujanos: Dres. Irusta A. C. y Munner A.; anestesista: Dr. Foglia, anestesia peridural.

Epididimectomía: Apertura transversal de piel de escroto, se incide longitudinalmente la vaginal, la que luego se libera con bisturí y tijera de sus adherencias con la hoja visceral. Se separa por disección el epidídimo del dídimio; se liga su pedículo y se secciona el deferente a 5 cm de la cola. Se deja drenaje por contrabertura.

El epidídimo obtenido se divide en dos trozos, uno de ellos se coloca en formol al 10 % y es enviado a anatomía patológica; el otro, es trasladado sin agregados en envase esterilizado en autoclave al Centro de Micología de la Facultad de Medicina en donde se sigue los siguientes pasos:

a) *Examen microscópico:* Se efectúan cinco preparaciones:

1º Examen al estado fresco entre porta y cubre con una gota de solución fisiológica estéril que muestra la presencia del parásito, pero con escasos brotes.

2º Coloraciones de Gram, Ziehl, resultados negativos; Giemsa y P.A.S. positivo (se tiñen las membranas del hongo).

b) *Cultivos:* En Agar glucosa y Agar miel a 28 grados C. y en un medio enriquecido, Agar extracto de hígado, a 37 grados C., varios tubos de cada uno; a todos estos medios se les adiciona 100 mg/mL de cloramfenicol a fin de inhibir el desarrollo bacteriano. Período de incubación de 15 y 30 días; se observa desarrollo sólo en Agar extracto de hígado a 37 grados (fase levaduriforme).

c) *Inoculación experimental:* En cuatro ratones por vía intraperitoneal y un cobayo por vía intratesticular (testículo izquierdo); los primeros se sacrifican al mes y el segundo a los dos meses. Sus vísceras son examinadas macroscópicamente y se vuelven a repetir los pasos que se emplearon para el estudio del epidídimo con excepción de la inoculación. Tanto en el examen directo como en los cultivos de los órganos del cobayo se pone de manifiesto la presencia de un hongo con los caracteres típicos del paracoccidioide *braziliensis*; no pasa lo mismo con los demás ratones.

El paciente es dado de alta siguiendo su control por consultorio externo en el Hospital Muñiz, se practican nuevos títulos de fijación de complemento, siendo éstos repetidamente negativos.

COMENTARIOS

1º) Considero de gran importancia el conocimiento de esta patología urológica y su similitud con la tuberculosis, ya que el mismo obliga al diagnóstico diferencial. Permitiéndome dejar aclarado que el tratamiento con nicotibina, droga útil en esta última, agrava a la micosis.

2º) Ya en 1914, en su tesis de docencia, Díaz Silva (1) hace referencia a la localización testicular, y con posterioridad se describen numerosos casos: testiculares (9) (4); epididimitis crónica (2) (3); fistulas epidídimo-escrotales (7) (4); orquiepididimitis (4); prostáticas (8); fistula prostática paraanal (7); úlcera de meato (7); pene (11); tumoración en pliegue perineo-escrotal y genito-crural; es también observado en sedimento urinario y riñón (10).

3º) La localización genital, especialmente epididimaria, puede constituir un reservorio después de haber obtenido remisión clínica y radiológica de todas

las otras localizaciones, transformándose de esta forma en un punto particularmente poderoso en las recidivas tan frecuentes de esta enfermedad.

Esto demuestra la necesidad del estudio y tratamiento quirúrgico de estas localizaciones.

4º) Es indispensable realizar todos los procedimientos de diagnóstico, tanto directo como indirecto, en el estudio de esta enfermedad. Si a este paciente, por ejemplo, se le hubiera realizado sólo estudio histológico de la pieza, no se hubiera podido saber si los hongos que albergaba eran viables o no. Se demuestra ello mediante cultivos e inoculaciones a animales de experimentación.

La confección de curvas serológicas mediante la realización periódica de pruebas de fijación de complemento cuantitativas, constituyen un arma de extraordinaria importancia para reconocer la evolución de un determinado caso clínico, como lo demuestra la observación de este paciente en dos periodos: 1º: descenso del título con tratamiento médico y un nuevo descenso del mismo al extirpar el foco activo localizado en el epidídimo.

5º) Debemos destacar que los pacientes portadores de esta afección deben ser controlados en centros especializados durante largos periodos de su vida y sometidos por años a tratamiento sulfamídico a fin de evitar recidivas que de otra forma se presentarían con mucha frecuencia.

RESUMEN:

1º) Se describe un caso de localización genital de B. S., en donde se demuestra la presencia del parásito con capacidad patogénica.

2º) Se establece su semejanza clínico-evolutiva e histopatológica con la tuberculosis.

3º) La extirpación quirúrgica del foco mencionado permite establecer a través de sus controles posteriores la desaparición de todo signo de enfermedad.

4º) Se citan las diferentes localizaciones genitourinarias encontradas en la bibliografía mundial que de por sí se limitan a sus zonas endémicas.



Examen del cultivo en azul de lactogenol.

5º) Se recalca la importancia de emplear todos los métodos de diagnóstico y se establece la necesidad del envío del material sospechoso a centros especializados.

* * *

1) A case of South American Blastomycosis, is reported where it is proved the presence of the parasite with pathogenic capacity.

2) It is similar clinical, evolutive and histopathological with the TBC.

3) The surgical excision of the pathogenic focus shows through the controls made the disappearance of the disease.

4) The several G.U. locations of the disease described in the world literature are cited.

5) The importance of using all the methods available for the diagnosis of the disease, and the need of sending the suspicious specimen to the specialized centers is emphasized.

B I B L I O G R A F I A

- 1) *Diaz Silva*: Blastomycosis Sudamericana. Tesis de Docencia, 1914.
- 2) *Cheriffe*: Anales Facultad Ciencias Médicas. Asunción. 4:9-66, 1944.
- 3) *Sanmartino*: Soc. Argentina de Anatomía Normal y Patológica, 9:360-8, 1947.
- 4) *Negroni, Pablo*: "Micosis Profundas. Blastomycosis y Coccidioideomycosis", Vol. III, págs. 150-163-175-179, 1966.
- 5) *Lima, F. y Pinto*: Contribução a o estudo clinico e terapeutico da blastomycose Sul Americana visceral (Tese de Livre-Docencia), Sao Paulo, 1952
- 6) *Favanetto, C. & Negro G. del*: Localizaçao testiculo epididimaria da blastomycose sul-americana. Rev. Ass. med. bras., 1º, 210-213, 1954.
- 7) *Campos, E. C.*: A propósito de um caso de micose de Lutz de localizaçao genital e de su tratamento pela sulfa metoxipiridazina. Rev. Ass. med. Rio Grande do Sul 3:143-148, 1960.
- 8) *Britos, T. De & Caprini, N.*: Blastomycosis da prostata. Rev. Peul. med. 54:116-122, 1959.
- 9) *Machado Filho, J. & Miranda, J. L.*: Considerações relativas a blastomycose sul-americana localizações sintomas iniciaes, vias penetração e disseminação em 313 casos consecutivos. Hospital (Rio de J.), 58:99-137, 1960.
- 10) *Gonçalvez, A. P.*: Comprometimento renal da micose de Lutz. V Congreso Ibero Americano Derm., Bs. As., 1963.
- 11) *Londero, A. T. & Fabrizio, R.*: Genital Localization of South American blastomycosis. A new case. Mycopathologia Den Haag, 30:253-256, 1966.



Dr. LUIS E. PAGLIERE

Nacido en Buenos Aires en 1880 ingresó en 1904 como practicante en el Servicio de Cirugía General que en el Hospital Italiano dirigía el Dr. Nicolás Repetto, quien continuó siempre distinguiéndolo con su amistad. Se graduó en 1907 y dos años después realizó y publicó, antes que Jianu y Rutkowski el procedimiento de gastrostomía tubular conocido con el nombre de éstos. Poco después obtuvo por concurso la jefatura del servicio de Piel y Vías Urinarias del mismo Hospital Italiano, que no pudo desempeñar por no tener los tres años requeridos de antigüedad como médico. Lo ocupó en 1912 separando ambas especialidades como servicios distintos y desempeñando la jefatura del de Urología durante casi 50 años. Simultáneamente siguió practicando cirugía general en el Hospital Alvear como Jefe de Clínica del Dr. José Viale, llegando a la jefatura de ese servicio en 1921, cargo que desempeñó hasta 1948.

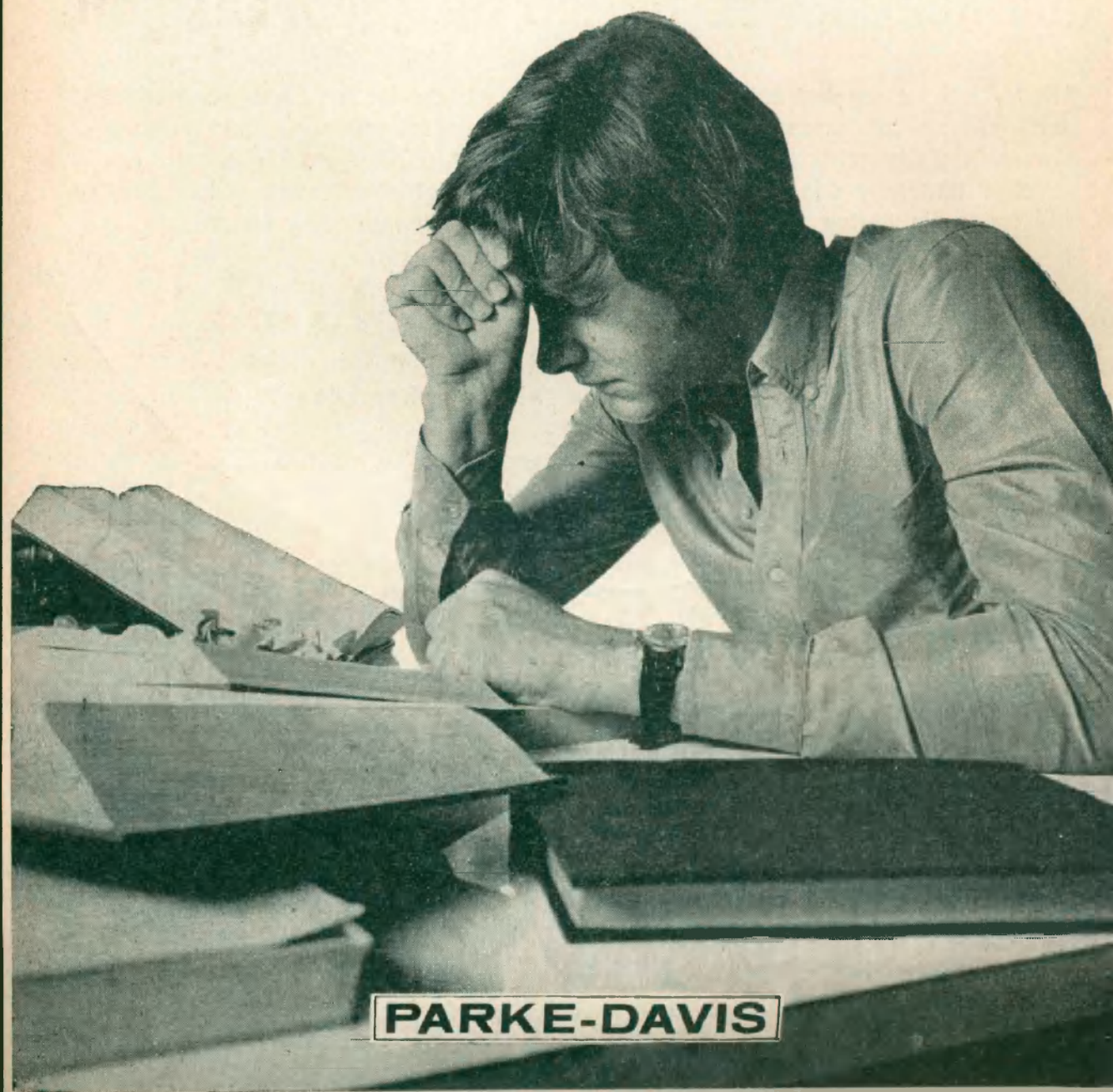
En 1947 ocupó la presidencia de la Academia Argentina de Cirugía y en 1929 y 1934 fue presidente de la Sociedad Argentina de Urología.

Falleció en esta ciudad el 8 de mayo de 1972.

Cuando el esfuerzo
resulta agotador...

VIFORTOL con minerales

suplemento vitamínico
con minerales
de **alta potencia**



PARKE-DAVIS

616.6(05)
R454
9-12
1972

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

BIBLIOTECA

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 1972

NUMEROS 9 al 12

Revista Argentina
de
UROLOGIA
y
NEFROLOGIA

(Editada por la Sociedad Argentina de Urología)

furadantina MC

permanentemente

colaborando

con la

urología

argentina

NORWICH EATON ARGENTINA

616.61(05)
9/12
R454
1972

Asociación Médica Argentina

Revista Argentina de Urología y Nefrología

Editada por la Sociedad Argentina de Urología

Santa Fe 1171 - Buenos Aires Tel. 41-1633

VOLUMEN 41

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 1972

NUMEROS 9 al 12

EDITORIAL

EL PROBLEMA DE LA BLENORRAGIA

Esta antigua enfermedad vuelve a tener inusitada vigencia en nuestros días.

Como sucediera también con otras afecciones de las denominadas venéreas, en especial la sífilis, con el advenimiento de los antibióticos el número de casos anuales en todo el mundo decreció tan abruptamente que se vislumbró su desaparición. Ello originó un aflojamiento notorio en las medidas de lucha que ya eran tradicionales.

Pero luego se ha venido registrando un repunte de tal magnitud en estas enfermedades que en lo que se refiere a la blenorragia que es la que quizás más directamente interesa a los urólogos, puede sin exageraciones hablarse de un "problema".

Nuevas actitudes de la sociedad en cuanto a prácticas sexuales; la "liberación" producida por las píldoras anticonceptivas que protegen del embarazo pero no de los contagios; un avance innegable en la pornografía, encubierta o desenfadada; la fluidez de los desplazamientos de las personas por los medios de transporte que han empequeñecido al mundo, son algunos de los factores incriminados. A ellos se suma un cambio en el comportamiento del germen, que ha desarrollado resistencias a medicamentos antes activos (caso de las sulfas y de la estreptomina por ejemplo) y que por otra parte produce en muchos pacientes formas clínicas solapadas, de escasa repercusión, que quedan sin diagnóstico y son foco de diseminación: esto último sucede en alta proporción en el sexo femenino.

Quizás es bueno recordar que es una infección de notificación obligatoria a las autoridades sanitarias, a través de canales diversos según la jurisdicción. No cumplir con esta norma, falsea las estadísticas y desfigura la verdadera situación epidemiológica.

Tal vez sea también oportuno señalar que en circunstancias dudosas, los cultivos con medios especiales (sin rigor bacteriológico el resultado no es válido) son lo único que puede revelar la existencia del gonococo.

Y pensamos que conviene alertar asimismo sobre los tratamientos, si prestamos atención a los sifilólogos que observan más formas decapitadas de la sífilis a causa de las drogas dadas para una blenorragia: para muchos, un 10 % ó más de los individuos que con traen esta última, han adquirido simultáneamente una sífilis primaria, que es enmascarada por diversos medicamentos de los usados contra el gonococo. El médico —y tantas veces el lego que indicó por su cuenta el tratamiento!— queda satisfecho al curar una uretritis pero ni remotamente piensa en esta posibilidad tan seria.

Será entonces de buen juicio revisar muchas de nuestras posturas y tomar conciencia clara de estos hechos de renovada actualidad.

ROLANDO C. HERENÚ.

m° 335

5 OCT 1987