

QUERATO-CONJUNTIVITIS GRANULOMATOSA Y SUPURATIVA POR SPOROTHRIX SCHENCKII PRESENTACION DE UN CASO¹

**DR. FRANCISCO BARRAQUER
DRA. ANGELA MARIA GUTIERREZ
DR. GUILLERMO ACEVEDO
Bogotá, Colombia**

El fin de esta presentación es mostrar un caso de conjuntivitis bulbar zonal, de tipo granulomatosa con áreas de reacción supurativa, sin adenopatía peri-auricular ipsilateral, que recidivó después de su resección quirúrgica en forma de una querato-conjuntivitis zonal, y que fue causada por un hongo dimórfico, el *Sporothrix Schenckii*, cuyo diagnóstico fue sospechado en el estudio microscópico de frotis y de cortes histológicos de tejido conjuntival, y confirmado mediante cultivos micológicos, y por la respuesta terapéutica al yoduro de potasio.

El *Sporothrix Schenckii* fue descrito por primera vez en 1898, por Schenck, quien lo aisló de una lesión en piel. En 1907, Danlos y Blanc, presentaron un caso con compromiso palpebral y en 1909, Morax, describe un caso de infección en conjuntiva. El primer caso de esporotricosis conjuntival primaria en Colombia fue descrito clínicamente por R. Alvarez y A. López-Villegas, en 1966.

RESUMEN DE HISTORIA

Paciente de sexo masculino, de 16 años de edad, que habitaba en una finca cafetera, en zona rural de la Palma (departamento de Cundinamarca, Colombia. Altitud 1.460 metros).

1. Caso presentado ante la Sociedad Panamericana de Patología Ocular, Miami-Florida, USA, en abril de 1987.

Su casa tenía suelo de tierra pisada, y en su proximidad, un corral de gallinas. Tenía una perra pequeña.

Su padre había muerto 30 días antes de iniciarse la sintomatología ocular en el paciente, en un hospital en la cabecera del distrito, con un diagnóstico de meningitis tuberculosa. No se le practicó autopsia.

El paciente consultó en enero de 1984, porque desde hacía 2 meses presentaba enrojecimiento, dolor y abundante secreción amarillenta por el ojo izquierdo. Estos síntomas habían aumentado progresivamente. Había recibido tratamientos con colirios antibióticos y corticoides. No había antecedentes de traumas oculares.

El examen oftalmológico (Fig. 1) mostró en la conjuntiva bulbar del ojo izquierdo, una lesión levantada rojiza, con múltiples nódulos blancos y que se extendía desde el limbo conjuntival inferior, hasta cerca del fondo de saco, y que sobrepasaba lateralmente los meridianos de las 4 y de las 8 del limbo. Escasa secreción muco-purulenta amarilla.

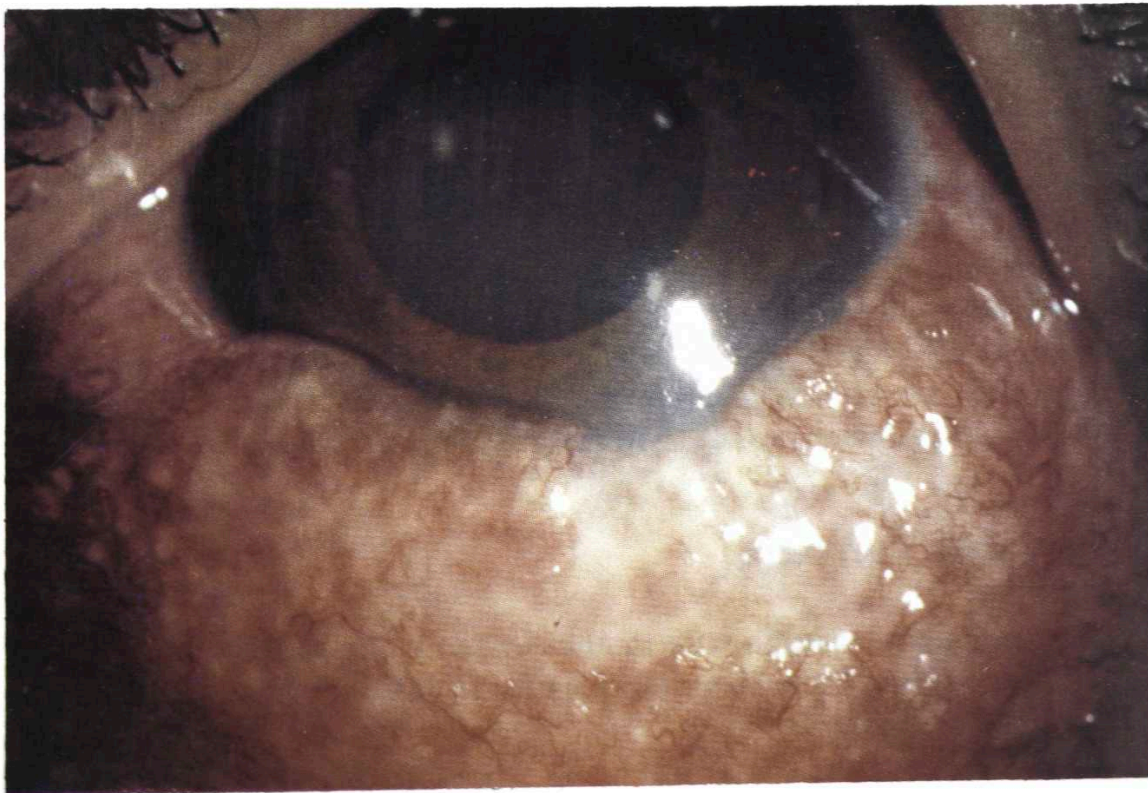


FIGURA 1
Estado en la primera consulta.

QUERATO-CONJUNTIVITIS GRANULOMATOSA Y SUPURATIVA

No se palpaban adenopatías en cadenas linfáticas peri-auriculares, ni en cuello.

Extendidos de frotis conjuntivales mostraron una reacción inflamatoria supurativa. Cultivos bacteriológicos y micológicos, fueron negativos.

Resto del examen oftalmológico sin anomalías.

Estudio general, incluyendo un Mantoux y un VDRL, sólo mostró un Mantoux reactivo en 17 x 18 mm a las 72 horas de inyectar 0.1 cc de Tuberculina PPD.

Radiografías de tórax fueron negativas para lesiones evolutivas. Se dio tratamiento con Rifampicina-Isoniacida.

El 26-1-84, se procedió a practicar una biopsia resección de la lesión conjuntival del ojo izquierdo, cubriendo el lecho de resección con una plastia delgada de mucosa bucal. Curso post-operatorio satisfactorio. Buen resultado reconstructivo.

El estudio histopatológico de la biopsia (Fig. 2) mostró una reacción granulomatosa de la conjuntiva, con engrosamiento de su lámina propia, por

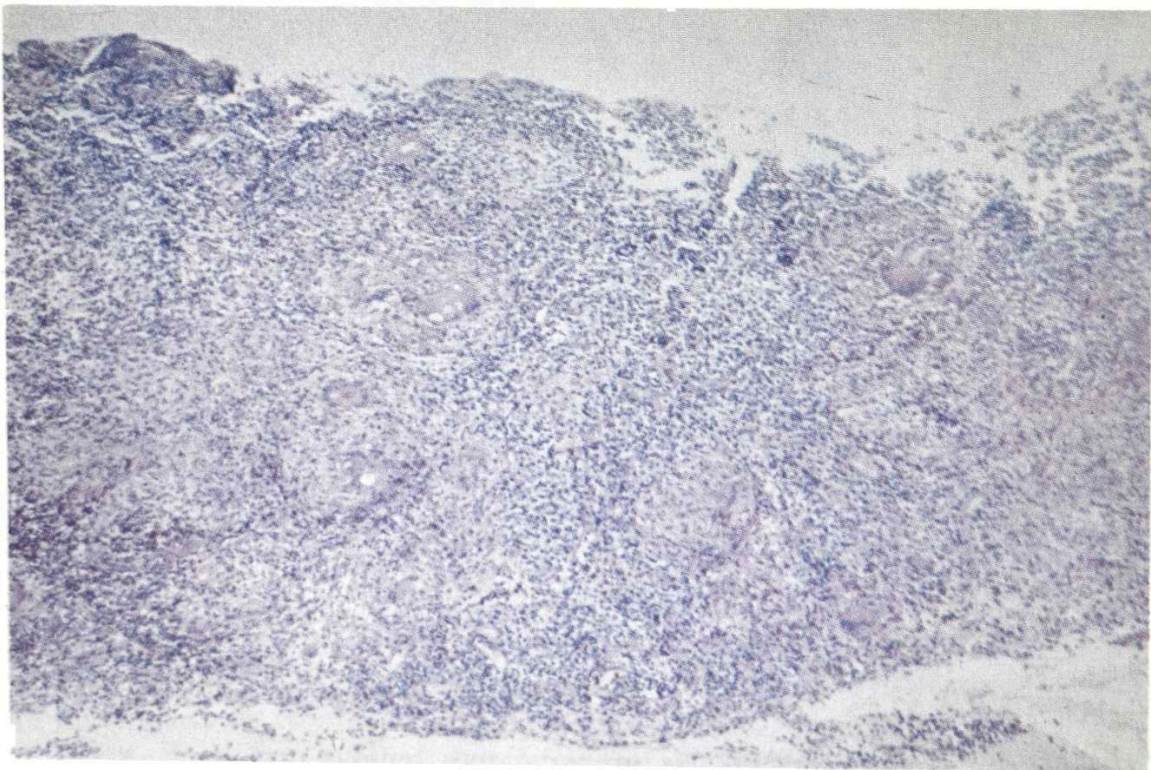


FIGURA 2
Coloración PAS; X 85.

granulomas epitelioides y células gigantes de cuerpo extraño, y entre ellos micro-abscesos redondeados y laminares, algunos de los cuales se abrían a la superficie epitelial. Alrededor de estas zonas había una base de linfocitos, macrófagos mononucleares y células plasmáticas.

El epitelio estaba ausente en sectores, y en otros mostraba una hiperplasia pseudo-epiteliomatosa.

Coloraciones de Ziehl-Neelsen fueron negativas para bacilos ácido-alcohol resistentes.

Las coloraciones para hongos de Grocott (gomori-plata methenamina), mostraron la presencia de esférulas micóticas, solamente en las zonas abscesificadas. (Fig. 3).

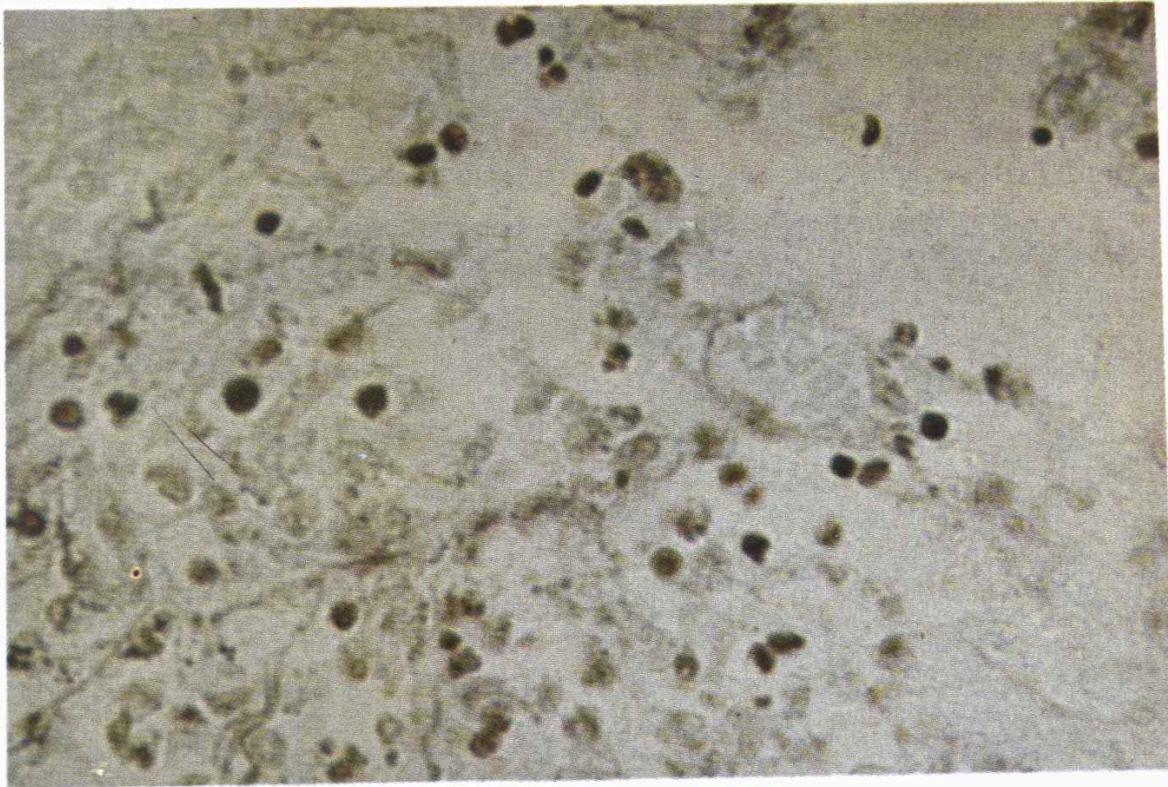


FIGURA 3
Coloración de Grocott; X 670.

Revisando cuidadosamente las preparaciones teñidas con H. E. y PAS, observamos la presencia de ocasionales estructuras asteroides con las características de los cuerpos asteroides de Splendore. (Fig. 4).

QUERATO-CONJUNTIVITIS GRANULOMATOSA Y SUPURATIVA

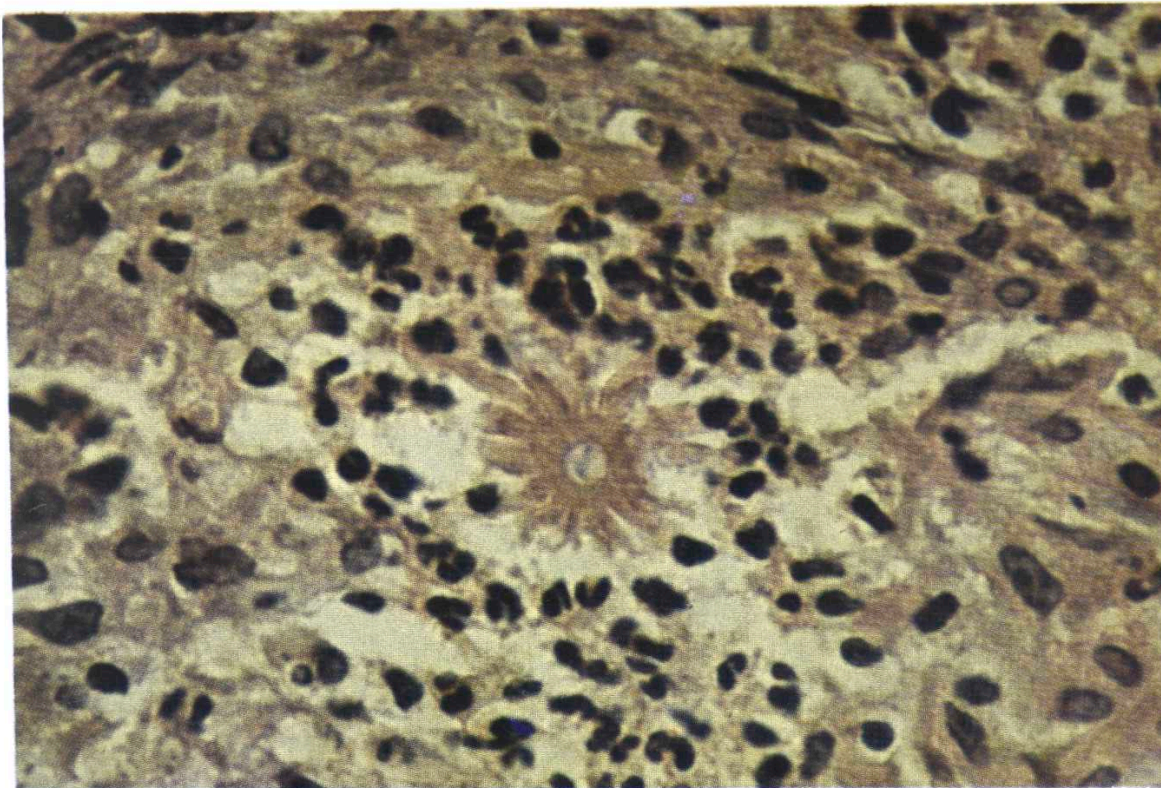


FIGURA 4

Coloración Hematoxilina Eosina: X 850.

Estos cuerpos asteroides eran muy escasos, con una frecuencia de ninguno, de 1, o de 2 por preparación, y se caracterizan por una estructura de esférula micótica de 4 a 8 micras de diámetro de la cual irradia una formación espiculada, eosinófila, en forma de estrella. Estos cuerpos asteroides siempre se encontraban en el centro de micro-abscesos.

La esférula micótica central tiñe con el PAS y la plata methenamina. Las radiaciones tiñen con la eosina, ligeramente con el PAS y no tiñen con la plata methenamina. (Figs. 5 y 6).

En cortes seriados a 4 micras de espesor, el mismo cuerpo asteroide solo se ve en 2 o 3 cortes. Solo en una ocasión observamos uno de estos cuerpos asteroides, contenido en un tubérculo de células epitelioides. No observamos cuerpos asteroides dentro de células gigantes.

El halo eosinofílico alrededor de la esférula micótica se ha interpretado como un precipitado de complejos antígenos-anticuerpos.

Según la evidencia disponible en la literatura, este tipo de cuerpos asteroides parece ser específico, y morfológicamente característico de la Esporotricosis. Su

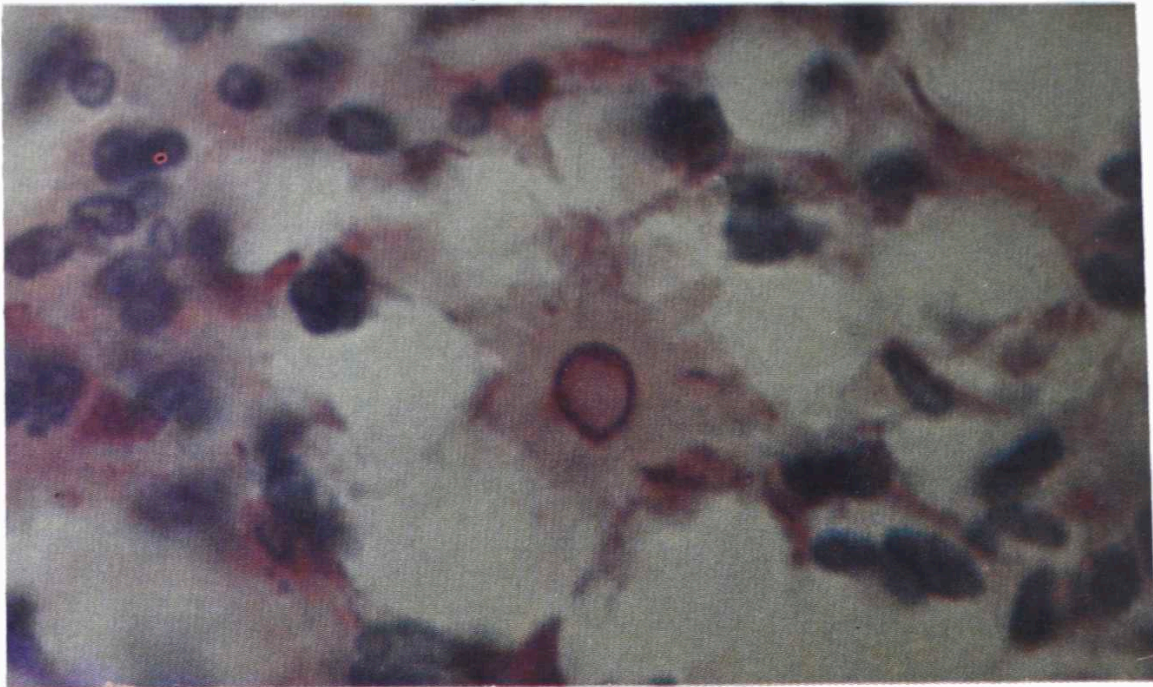


FIGURA 5
Coloración PAS; X 2.100.

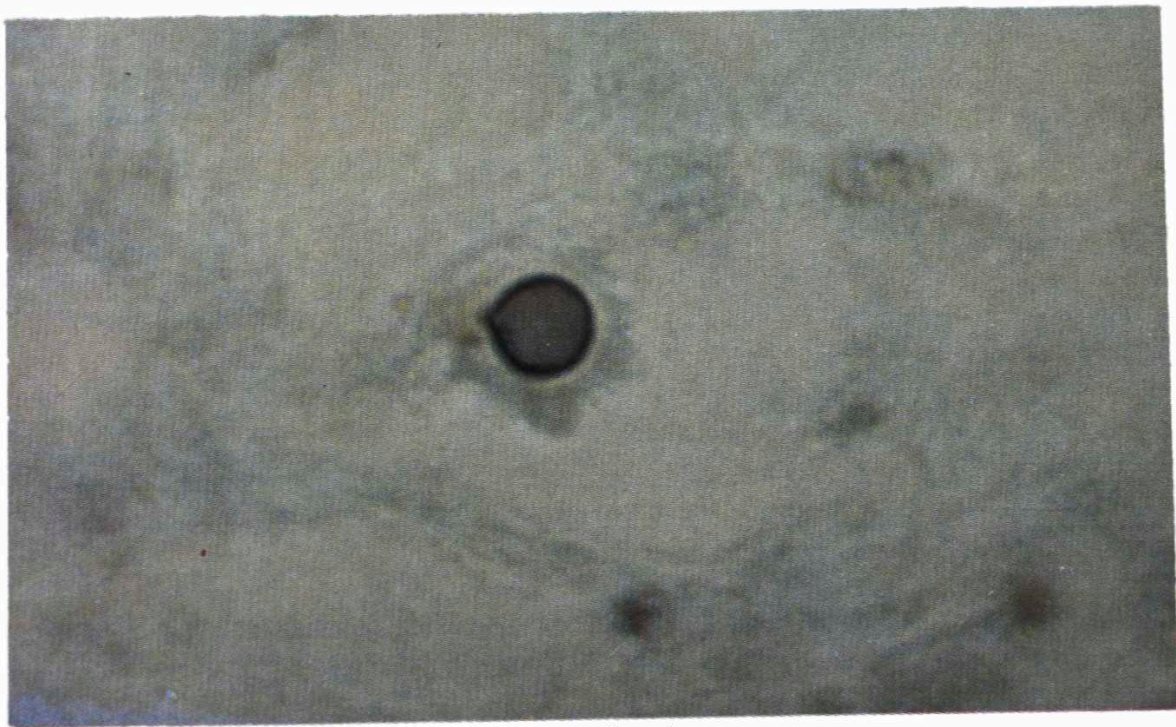


FIGURA 6
Coloración de Grocott; X 2.100.

diagnóstico diferencial debe hacerse con todas las entidades que presentan imágenes asteroides.

En la sarcoidosis, frecuentemente se encuentran cuerpos asteroides eosinofílicos, sin esférula central, siempre dentro de células gigantes, ocupando una vacuola citoplasmática. Estos cuerpos asteroides parecen corresponder a colágeno fagocitado o estar relacionados con filamentos y microtúbulos del citocentro. Imágenes semejantes se observan en la lepra lepromatosa, granulomas a cuerpo extraño, paracoccidioidomicosis, etc.

Las características diferenciales de los cuerpos asteroides esporotricósicos (de Splendore), son la presencia central de la esférula micótica, y el hallarse situados dentro de microabscesos, sin relación directa con células gigantes de cuerpo extraño.

Nuestro diagnóstico microscópico fue conjuntivitis granulomatosa y supurativa a hongo, probablemente a *Sporothrix Schenckii*.

EVOLUCION

El paciente regresó a control tres meses y medio después de la cirugía, anotando que desde hacía 20 días tenía dolor y mancha blanca en córnea paralimbar inferior del ojo izquierdo. (Fig. 7).

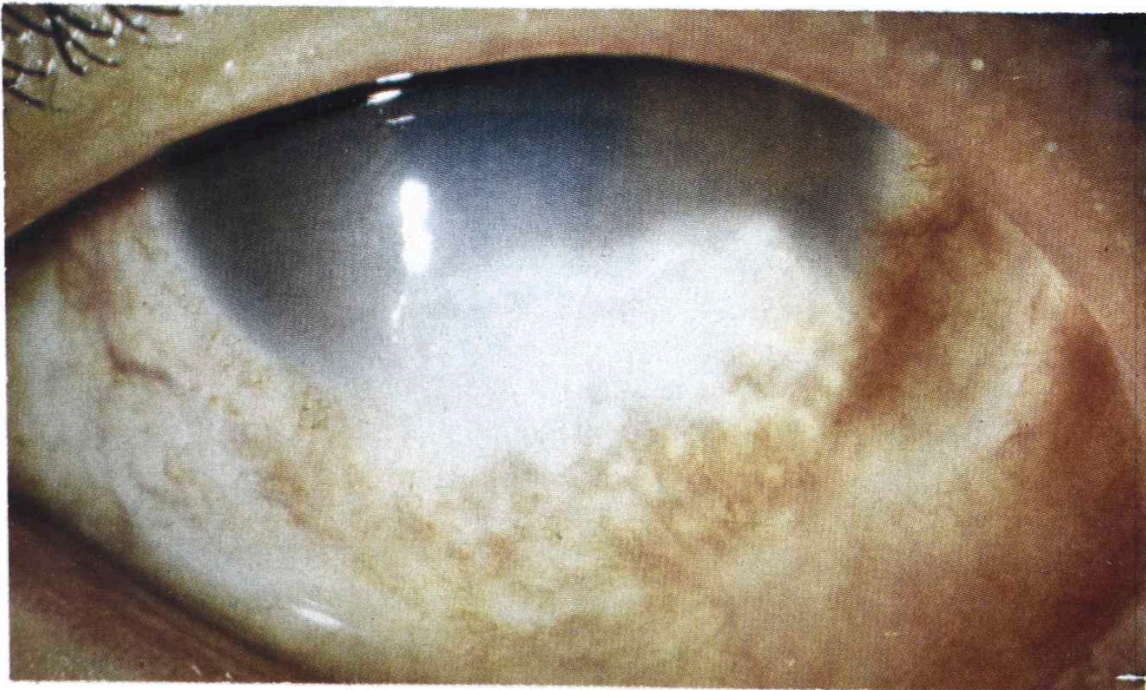


FIGURA 7
Estado en la recidiva.

El examen mostró la presencia de una lesión placoide, levantada, de color rojizo, con nódulos blanquecinos, en conjuntiva bulbar paralimbar inferior, e infiltración de color blanco de la córnea proximal, con un borde superior bien definido, ondulado. Escasa secreción blanco-amarillenta.

Frotis de la lesión tomados con espátula plana y teñidos con Giemsa y PAS mostraron polimorfonucleares, células epiteliales, macrófagos mononucleares, y alguna ocasional célula gigante de cuerpo extraño, así como formas de fermentos e hifas. Con frecuencia los fermentos se hallaban fagocitados en el citoplasma de polimorfonucleares. (Figs. 8 y 9).

Dos nuevos cultivos en medio de Sabouraud fueron negativos. En un tercer cultivo en Sabouraud hubo crecimiento de un hongo con hifas aéreas septadas, cuya morfología microscópica era consistente con un *Sporothrix Schenckii*. Transferencia del hongo a un medio de Agar-Infusión de cerebro-corazón, a 37° C, mostró el paso de la forma micelial a una fase de fermentos, confirmándose el dimorfismo del hongo.

Nuestro diagnóstico final fue:

Querato-conjuntivitis zonal granulomatosa y supurativa por *Sporothrix Schenckii*. Foco primario de infección.

COMENTARIOS

La asociación de granulomas a una reacción supurativa aparece como una respuesta del huésped a una alta concentración local de sustancia extraña que estimuló, pero no fue destruida por la respuesta inflamatoria aguda, y la cual, por una reacción de hipersensibilidad retardada, quedó contenida por las células epiteloides y gigantes que, en este caso, le impidieron su extensión a distancia, pero sin ser capaces de resolverla, como lo demuestra el período de evolución de la primera lesión (3 meses), la recidiva, y su progresión infiltrando córnea.

El cuadro patológico en conjuntiva es similar al de la esporotricosis en piel.

El *Sporothrix Schenckii* es un hongo, en ocasiones difícil de hacer crecer en cultivos. En este caso, solo fue positiva una cuarta siembra en medio de Sabouraud-dextrosa, a pesar de que los frotis simultáneos en la 2a. y 3a. siembras, mostraban formas micóticas.

Las tres últimas siembras y frotis fueron practicadas con una espátula plana, técnica que consideramos como la adecuada para estos estudios.

QUERATO-CONJUNTIVITIS GRANULOMATOSA Y SUPURATIVA

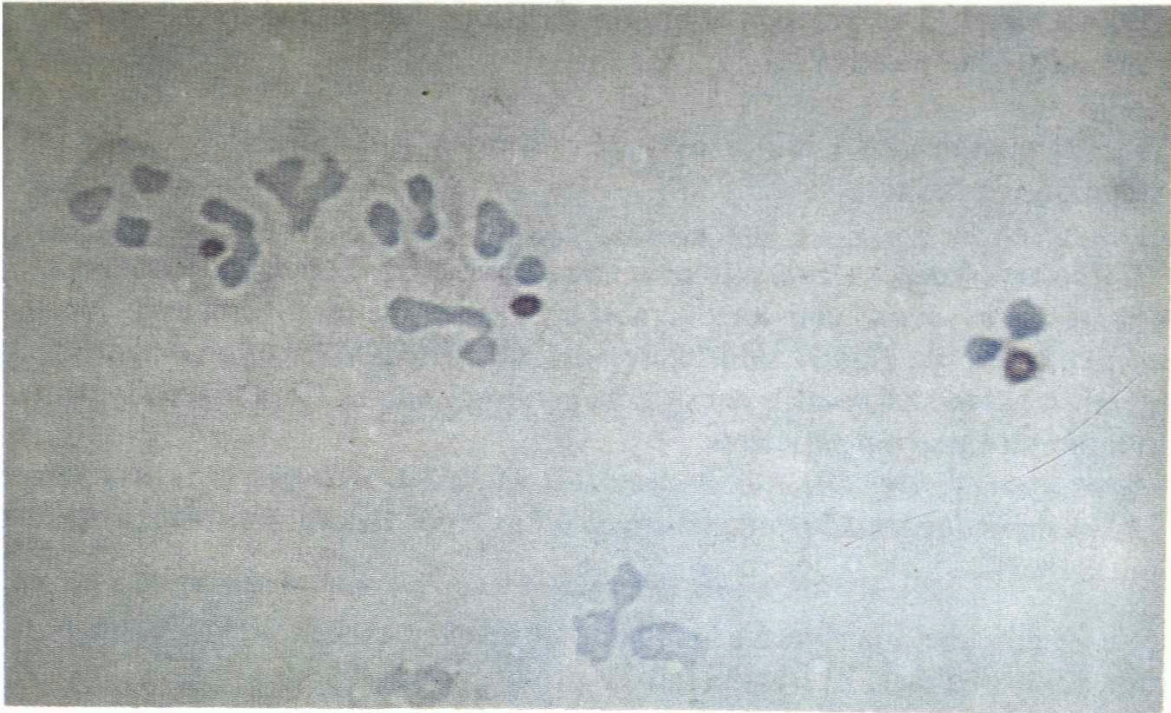


FIGURA 8
Extendido de frotis. Coloración PAS: X 850.

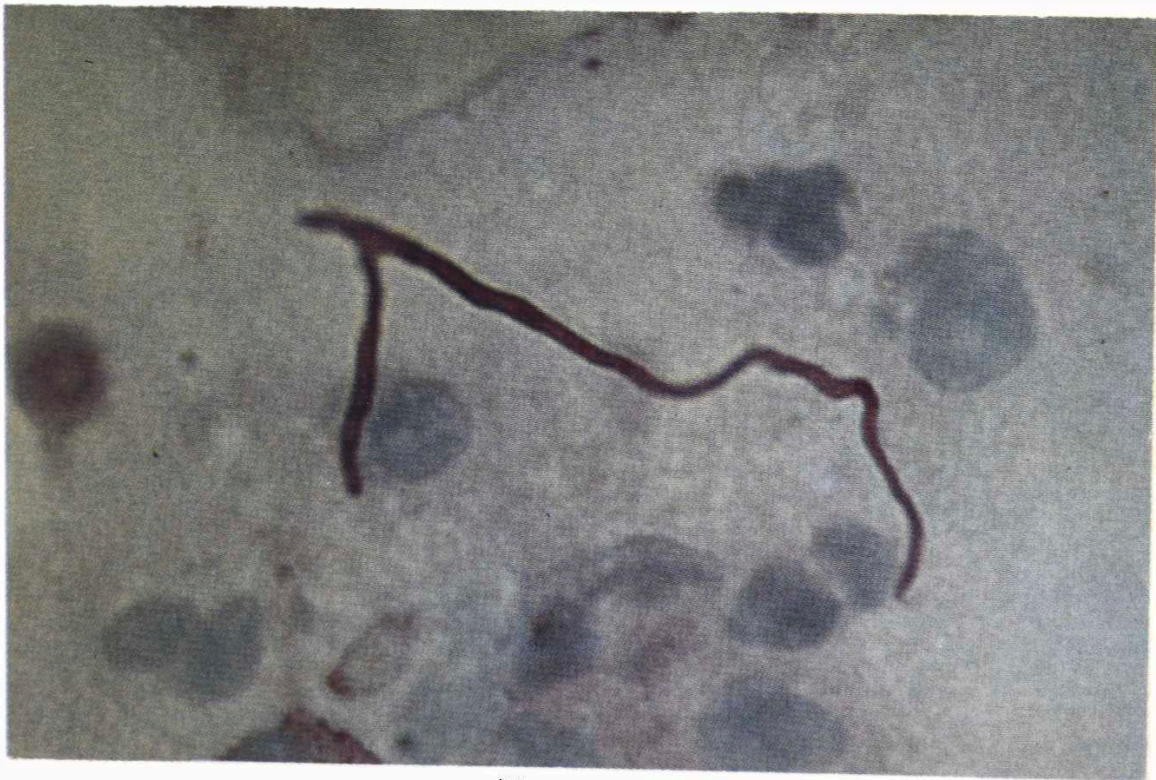


FIGURA 9
Extendido de frotis. Coloración PAS: X 2.100.

La 4a. siembra se practicó sobre un medio de Sabouraud-dextrosa recién preparado y fue positiva.

La coloración con PAS es muy demostrativa para formas micóticas en extendidos de frotis.

Como antecedente y contacto próximo de nuestro paciente, estaba la muerte reciente de su padre con un diagnóstico de meningitis tuberculosa. No se practicó autopsia. Habría sido interesante haber podido hacer un diagnóstico diferencial como las micosis del sistema nervioso central. Desafortunadamente no hubo información suficiente.

El paciente fue tratado con yoduro de potasio por vía oral e instilación de un colirio de IK.

Se observó mejoría clínica a los 15 días de iniciarse el tratamiento, y curación clínica a los 60 días. El tratamiento se prolongó por 90 días.

Seis meses después de finalizado el tratamiento, el paciente se hallaba en buenas condiciones. (Fig. 10).

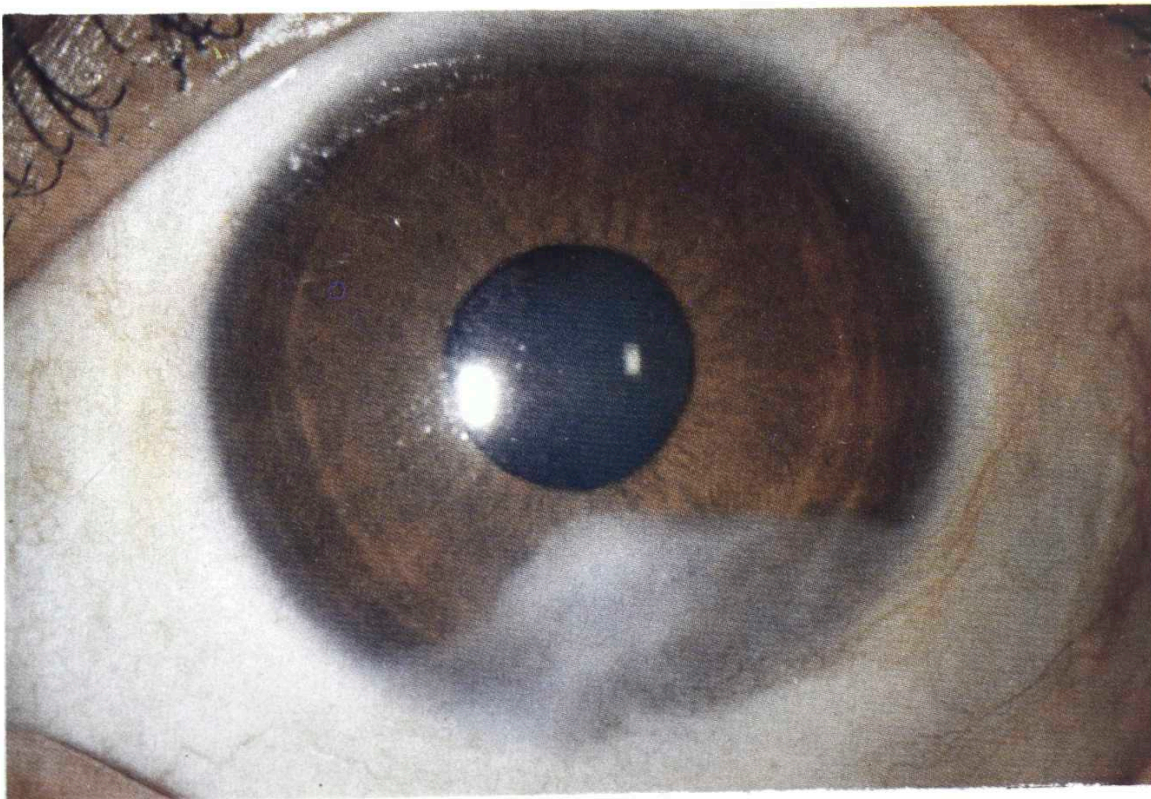


FIGURA 10
Curación. Estado Cicatricial.

QUERATO-CONJUNTIVITIS GRANULOMATOSA Y SUPURATIVA

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, R. y LOPEZ-VILLEGAS, A. *Primary Ocular Sporotrichosis*. Amer. J. Ophthal., 62: 150-151, 1966.
- DANLOS and BLANC. *Un cas de sporotrichose palpebrale*. Bull. et mem. Soc. Med d'hop de Paris 24: 1450, 1907.
- FRANÇOIS, J. *Les Mycoses oculaires*, pp 312-325. Masson et Cie, París, 1968.
- GORDON, D. M. *Ocular Sporotrichosis*. Arch. Ophthal., (Chicago), 37: 56-72, 1947.
- McGRATH, H. and SINGER, J. I. *Ocular Sporotrichosis*. Additional references and report of a case. Amer. J. Ophthal., 35: 102-105, 1952.
- MORAX, V. *La sporotrichose de l'appareil visuel*. Ann. d'ocul. 141: 321, 1909.
- RODRIGUEZ-TORO, G. *El cuerpo asteroide esporotricósico*. Especificidad y diferenciación de otras formas asteroides. Biomédica (Bogotá), 5: 11-23, 1985.
- SCHENCK, B. T. *On refractory subcutaneous abscesses caused by a Fungus, possibly related to the sporotricha*. Bull. Johns Hopk. Hosp. 9: 286, 1898.
- MARTINDALE. *The Extra Pharmacopoeia*. 28th Edition. pág. 866. London. The Pharmaceutical Press, 1982.
- *Therapeutique Medicale oculaire*. págs. 814-815. París. Masson & Cie. Editeurs, 1957.