

CASO CLÍNICO

RINOSPORIDIOSIS CONJUNTIVAL

Presentación de cinco casos localizados en el Departamento del Magdalena, Colombia.

José Jaramillo Osorio*, César Ponce Santodomingo**, Rosa Plata Solano***

RESUMEN

La rinosporidiosis es una patología que fue descrita en el siglo pasado, semejante a una infección causada por hongos pero clasificada hoy por técnicas de biología molecular como un miembro del grupo protista-mesomiceto, que infecta con mayor frecuencia las mucosas nasal y conjuntival de diferentes especies, incluyendo el ser humano. Se reportan 5 nuevos casos de julio de 1999 a enero de 2001, todos localizados en la misma área del Departamento del Magdalena, Colombia, denominada zona bananera. Se les practicó excisión quirúrgica bajo anestesia local sin complicaciones. Un año después no se han reportado recidivas

PALABRAS CLAVE: Rinosporidiosis, Conjuntiva, Membrana.

INTRODUCCIÓN

La rinosporidiosis corresponde a una infección crónica granulomatosa, caracterizada por la formación de estructuras polipoides de tamaño variable que compromete la mucosa nasal y conjuntival, pero que también está descrita en saco lacrimal, epiglotis, traquea, laringe, amígdalas, seno etmoidal, piel, uretra, vagina, región ano rectal y tejido óseo. (1,2)

La lesión en fosas nasales y conjuntivas representa el 85% a 90% de los casos presentándose como pólipos exofíticos

que sangran con facilidad o producen obstrucción de la fosa nasal comprometida o sensación de cuerpo extraño y exposición de la conjuntiva. En 1892, Malbran describe en Argentina por vez primera una infección causada por un parásito esporozuano que fue localizado en un pólipo nasal. En 1896 Guillermo Seeber describe el microorganismo en dos pólipos nasales de pacientes Argentinos en su tesis de Doctorado en la Universidad de Buenos Aires y retomó las observaciones de Malbran llamando al microorganismo "un nuevo esporozuano parásito del hombre".

* Médico Patólogo del Instituto de los Seguros Sociales, Clínica Santa Marta, profesor de Patología, Universidad Cooperativa, Seccional Santa Marta, Magdalena, Colombia.

** Médico Microbiólogo, Jefe del Banco de Sangre del Instituto de los Seguros Sociales, Clínica Santa Marta, Profesor de Microbiología de la Universidad Cooperativa, Seccional Santa Marta, Magdalena, Colombia.

*** Médica Oftalmóloga, Instituto de los Seguros Sociales, Clínica Santa Marta, Magdalena, Colombia.

Desde entonces se han descrito casos en distintas partes del mundo, encontrando zonas endémicas para la enfermedad en India y Ceilán, en las que ocurren cerca del 88% de los casos reportados (1,2,). En Suramérica, Brasil y Argentina tienen zonas endémicas bien definidas; también se han descrito casos en Venezuela, Perú y Paraguay. En Colombia el primer caso fue descrito por el Dr. Alfonso Méndez Lemaitre (3) y desde entonces se han reportado alrededor de 37 casos (4,5,6,7), 4 de ellos en la "Gran Zona Bananera" (5,6,). A continuación se describen cinco casos nuevos localizados en esta zona.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

CASO No. 1

Paciente de sexo masculino, de 8 años de edad, natural y procedente de El Retén, municipio del Departamento del Magdalena, quien consultó por presentar una lesión polipoide, color rojo brillante, localizada en conjuntiva tarsal izquierda, de un año de evolución, de crecimiento lento, la cual sangraba con la exposición al sol.

Al examen físico se observó una lesión pediculada, localizada en conjuntiva tarsal, borde palpebral externo, dolorosa, ricamente vascularizada, de 0,3 x 0,3 cm.

Diagnóstico clínico: granuloma piógeno.

Se extirpó la lesión y se envió al laboratorio de patología.

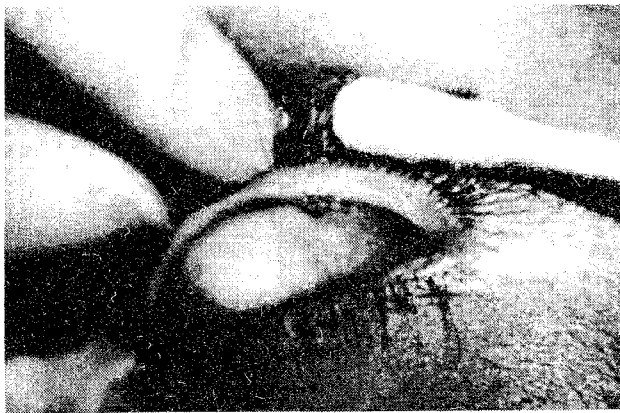


Figura No. 1

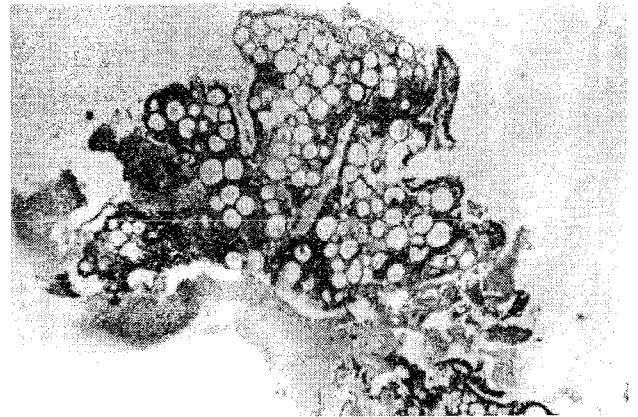


Figura No.2 Inclusión en parafina. H&E X 100. Numerosos quistes con esporas en su interior.

CASO No. 2

Paciente de sexo femenino de 9 años de edad natural y procedente del Municipio de el Reten, Departamento del Magdalena quien consultó en el mes de junio de 2000 al Servicio de Oftalmología del Seguro Social de la ciudad de Santa Marta por presentar lesión en conjuntiva que sangraba con facilidad, de 8 meses de evolución.

Al examen físico se encontró lesión de 7 mm. de diámetro, granular, congestiva localizada en el ángulo conjuntival externo del ojo izquierdo. El diagnóstico clínico fue "tumor de conjuntiva". Se extirpó la lesión y se envió al laboratorio de patología.



Figura No. 3

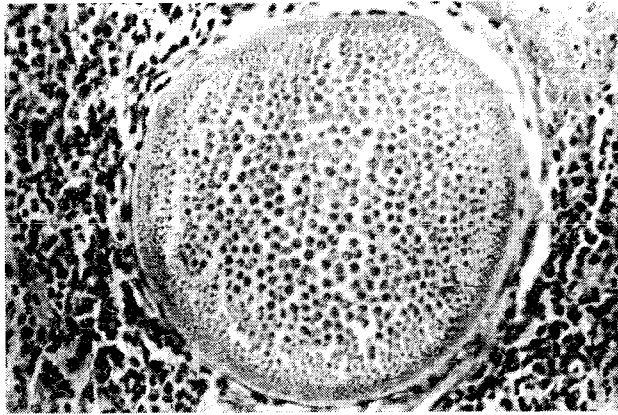


Figura No. 4 Inclusión en parafina H&E X 400. Esporangio de pared gruesa con esporas en su luz

CASO No. 3

Paciente de 9 años de sexo masculino natural y procedente de El Reten Magdalena quién consultó en el mes de enero de 2001 a oftalmólogo por presentar una lesión localizada en conjuntiva tarsal superior de 2 años de evolución. Al examen físico se encontró una lesión lobulada, vascularizada, con pedículo de base ancha, que sangraba fácilmente.

Diagnóstico Clínico: Granuloma Piógeno. Se resecó la lesión y se envió a laboratorio de patología.

CASO No. 4

Paciente de sexo masculino de 16 años de edad, hermano del paciente No. 1, procedente de el Reten Magdalena quién consultó en febrero de 2001 a oftalmólogo por presentar lesión polipoide en conjuntiva tarsal superior del párpado izquierdo. Al examen físico se encontró lesión de 0,4 x 0,3 cm, pediculada, vascularizada, dolorosa que sangraba fácilmente Diagnóstico Clínico: Rinosporidiosis

CASO No. 5

Paciente de sexo masculino de 17 años de edad procedente de Tucurínca, corregimiento de la Zona Bananera, municipio del Departamento del Magdalena, quién consultó a oftalmólogo por presentar dos lesiones, una en el párpado superior y la otra en el inferior del ojo izquierdo, de un año de evolución, las cuales sangraban con la exposición al sol.

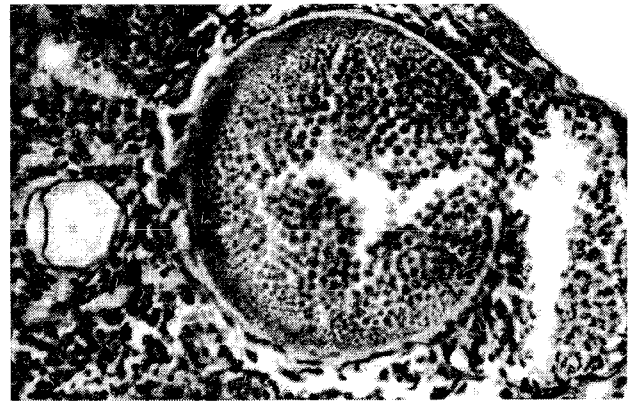


Figura No. 5 Inclusión en parafina H&E X 400. Liberación de esporas al estroma vecino.

Consultó en dos oportunidades a médico general quién prescribió colirios y antibióticos por vía oral sin mejoría.

Los datos positivos del examen físico mostraron una lesión puntiforme localizada en la conjuntiva tarsal del párpado superior y otra lesión de 0.6 cm de diámetro, congestiva, con punteado color marfil localizada en el tercio externo del párpado inferior del ojo izquierdo.

Diagnostico clínico: Papiloma conjuntival.

Figura No. 5 Inclusión en parafina H&E X 400. Liberación de esporas al estroma vecino.

HISTOPATOLOGÍA

El estudio histopatológico de las cinco lesiones, incluidas en parafina y coloreadas con Hematoxilina - Eosina (H&E) muestra epitelio escamoso con acantosis, edema y exocitosis de polimorfo nucleares neutrófilos (PMNN); el estroma subyacente con edema e importante infiltrado inflamatorio con presencia de plasmocitos, linfocitos, PMNN e histiocitos que alternan con estructuras esféricas (esporangios) en diferentes estadios, de pared gruesa, bilaminada y tamaño variable que oscilan entre 30 y 300 um de diámetro, algunas sin contenido en su interior, otras llenas de esferas (esporas) que miden de 6 a 9 um, se observan esporangios en el momento en el que liberan las esporas al tejido circundante. Las esporas se observan basófilas y granulares con H&E.

Diagnóstico Histopatológico de los cinco casos: Rinosporidiosis conjuntival

DISCUSIÓN

El diagnóstico de estos pacientes se logró con el estudio histopatológico y la correlación Clínica - Histopatología fue baja (20%). Un número importante de casos se han detectado en una zona bien definida del Departamento del Magdalena, (5,6) caracterizada por su clima cálido (30°C en promedio), gran humedad y presencia de numerosos cuerpos de agua, condiciones que parecen constantes en la presentación de esta enfermedad.

Durante más de un siglo se ha discutido acerca de la naturaleza y taxonomía del *Rhinosporidium Seeberi*. Hoy, utilizando técnicas de biología molecular, Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), hibridización in situ, se le ubica como miembro del grupo Protista - Mesomyceto (8,9), un parásito que infecta peces, anfibios, gatos, perros, equinos, cisnes y al hombre, entre otros. (10)

Se afirma que para la infección es necesario una solución de continuidad en los tejidos afectados, pero la dificultad para cultivar y reproducir la infección en el laboratorio impide confirmar este mecanismo, aunque se ha descrito el cultivo del agente causante (11).

Los cinco pacientes manifestaron frecuentar cuerpos de aguas, situación que fue comprobada por nosotros en dos de ellos, encontrando zonas de aguas semiestancadas al lado de su vivienda, en donde comparten el baño diario con animales domésticos.

Estos pacientes no han presentado recidivas luego del tratamiento quirúrgico y el primer caso, luego de 1 año de seguimiento, no presenta cambios.

Será tema de estudios posteriores la búsqueda activa de nuevos casos, factores y condiciones que permitan confirmar que en la zona bananera del Departamento del Magdalena localizada al norte de Colombia, se encuentra una zona endémica para la rinosporidiosis.

ABSTRACT

Rhinosporidiosis is a pathology that it was described a century ago, like a fungus infection, but by molecular biology techniques it is today classified like a member of protista-mesomyceto group, that it infect most frequently nasal and conjunctival mucous of different kind of species including human being.

It has been reported 5 news cases from July 1999 to february 2001 all of them in the same area called Zona Bananera in the Magdalena, Colombia.

It was done excision under local anesthesia without complications, get back, until today there hasn't been reported.

Agradecimientos

A las Doctoras Angela Restrepo y Elizabeth Castañeda por la bibliografía, al Dr. Gerzaín Rodríguez Toro.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Thianprasit M. Thagerngpol K.** Rhinosporidiosis *Med Mycol* 1989; 13: 64-85.
2. **Azadeh B.** Rhinosporidiosis. Immunohistochemical and electron microscopy *Studies J. Of Laryngol and Otol* 1994; 108: 1048 - 1054
3. **Méndez .A** Blastomycosis suramericana y otras micosis en Colombia *Rev. Hosp. La Samaritana* 1950 ; 1: 3 - 29.
4. **Bojanini E.** Rinosporidiosis. Presentación de cinco casos autóctonos *Ant. Med.* 1963; 14: 237 - 245.
5. **Martínez MA** Rinosporidiosis en Colombia: presentación de siete casos nuevos y revisión de la casuística nacional. *UIS Med* 1986; 14:49-60
6. **Correa A.** Rinosporidiosis Nasal presentación de un caso *Rev. Soc. Col* 1993; 2: 241 - 242
7. **Velez A.** Rinosporidiosis conjuntival. Presentación de un caso. *Iatreia* 1995; 8:170-172
8. **Fredericks DN, Jalley JA, Leep PW** Rhinosporidium. Seeberi a human pathogen from a novel group of aquatic protistan parasites *Emerg Infect Dis* 2000; 3: 273 - 282.
9. **Herr R, Ajello Taylor J.** Phylogenetic Analysis Of Rhinosporidium Seeberi's 18S Small-Sub Unit Ribosomal DNA Groups This Pathogen Among Members Of The Protocistan Mesomycetozoa Clade. *J. of Clin Microbiol* 1999; 37: 2750 - 2754.
10. **Kenedy A, Buggage .R, Ajello L.** Rhinosporidiosis a description of an unprecedented outbreak in captive swans (Cygnus SPP) and a proposal for revision of the ontogenic nomenclature of Rhinosporidium Seeberi. *J. of Medical & Veterinary Mycology* 1995; 33: 157 - 165
11. **Ahluwalia KB.** Culture of the organism that causes Rhinosporidiosis *J. Laryngolotol* 1999; 113: 523 - 528.

Correspondencia:

Jaramillo Osorio José. Calle 23 # 14-17 Fax
0954235609 Santa Marta, Colombia.
email: citopat58@hotmail.com