

UN CASO DE ESPOROTRICOSIS

por el doctor MANUEL F. OBREGON (de Cartagena).

(Presentado al tercer Congreso Médico de Colombia).

Siendo las micosis una cuestión de patología tropical que diariamente ensancha sus aparentes límites, no he creído inoportuno traer a la consideración del Congreso la historia de un caso que estaba destinado para la *Revista de Medicina e Higiene Tropicales* de París, pero que de intento reservé para esta ocasión, por estimar que dicha historia puede contribuir modestamente al estudio de temas que nos interesan desde el punto de vista de nuestra patología regional.

Era el mes de julio de 1914, y rodeado de mis alumnos Sebastián Alcalá, Octavio Murillo, Bernardo Escandón y algunos otros, buscaba entre los enfermos de la sala de Patología externa del Hospital de esta ciudad, tema para la conferencia del día, cuando de repente hallé en la cama número 5 un hombre entrado el día anterior, que dijo llamarse José Remigio Pérez, como de treinta y cinco años de edad, de raza negra, natural de María la Baja, en la jurisdicción de esta Provincia de Cartagena. Después de un largo y detenido examen, del que saqué en conclusión que nada había de interesante en los antecedentes personales, ni en los hereditarios, ni en los aparatos de este hombre, me detuve en el examen de su estado actual. Se notaba a primera vista una serie de tumefacciones y ulceraciones

gomosas que en número de 25 o 30 ocupaban las piernas, los brazos y los flancos. Habían comenzado estas lesiones por un tumorcito de la pierna, que nuestro hombre atribuyó al principio a alguna espina enquistada en la piel, cosa que nada tenía de extraño porque este accidente era frecuente en él, ya que siendo cultivador de arroz, frecuentemente tenía que salir al campo y andar por entre malezas. A este primer tumor, situado en la parte media de la cara externa de la pierna derecha, sucedió otro cerca del primero, luego otro y otro más; como a las dos semanas apareció uno en el antebrazo derecho; luego otro en el flanco izquierdo, hasta que al fin perdió el recuerdo del orden en que vinieron apareciendo.

Una vez establecida la dolencia, el paciente la vio estacionarse por espacio de diez meses invariable ante los remedios (caseros en su mayor parte) que se hacía, hasta que al fin resolvió venir en busca de alivio a esta ciudad.

Al examen las lesiones se presentaban bajo la forma de tumores de pequeño volumen, generalmente indoloros, movibles en el espesor de la piel como si estuviesen incrustados en ella, a modo de «los huesos de cereza» de que habla Gougerot. A este primer estado seguía una evolución en que los tumores se agrandaban, se inflamaban, se reblandecían, unos a la manera de los abscesos fríos, y otros presentando una perforación cupuliforme, de la que emanaba un líquido viscoso y purulento, cuya cantidad era inferior a la que de antemano podía uno suponer en la cavidad del tumor inflamado. No todos los tumores seguían la misma evolución: algunos

permanecían definitivamente enquistados; otros ofrecían una perforación fistuloide de bordes inflamados y violáceos, permanentemente asentada sobre una amplia base endurecida; otros, en fin, se convertían en francos abscesos que se fundían con los circunvecinos y daban lugar a ulceraciones que cicatrizaban con excesiva lentitud y dejaban a la larga cicatrices de bordes pigmentados, blancos en el centro, deprimidos y más o menos extensos, según lo fue la ulceración que les dio nacimiento. Se observaba algunas veces que sobre los bordes de esas cicatrices se formaban nuevos nódulos análogos a la lesión inicial.

El aspecto de estas ulceraciones, aunque al principio era común, no era en realidad uniforme: mientras que algunas interesaban solamente la piel y se presentaban bajo la forma de úlceras de fondo irregular, granulosas, con bordes cubiertos de costras y escamas rugosas o tomentosas, como ciertas tuberculosis papilomatosas, otras eran más profundas y afectaban la capa muscular, que en ciertos puntos aparecía tumefacta y deformada. Tipo de esta lesión era una ulceración que se encontraba en la parte media de la cara posteroexterna de la pierna derecha, a nivel del punto en que apareció la primera tumefacción. De esta ulceración partía un trayecto fistuloso que socavaba la piel e iba a abrirse a otra ulceración cercana; y alrededor de ésta existía un tubérculo reblandecido y como del tamaño de un pequeño limón. La piel en éstos estaba infiltrada, amoratada y caliente; a esto se agregaba que había un edema casi general de toda la pierna, causado por la proximidad con-

fluente de las lesiones, pues eran muy raros los trechos de piel sana.

No existía en este paciente adenitis de ninguna clase; y era sobremanera notable el aparente estado de salud en que él se hallaba. Tampoco se quejaba de dolor en las partes afectadas, ni las lesiones de las piernas le impedían la marcha. En resumen, que a no ser por el fastidio que las ulceraciones le causaban, no habría necesitado de médico.

En presencia de caso tan raro por la naturaleza de las lesiones, como por la conservación del buen estado general, la ausencia de infarto ganglionar y de dolor en las ulceraciones, pensé en lo que dicen De Beurmann y Gougerot: que a todo médico se le debe exigir que esté convencido de la frecuencia y de la importancia de las micosis a fin de que pueda pensar en ellas en presencia de todos los casos que antes sólo despertaban la idea de sífilis o tuberculosis. Y como por otra parte opina el Profesor Landouzy, que el práctico debe tener suficientes luces de patología para que en su espíritu se despierte siempre la noción del diagnóstico exacto, puesto que no ha de ser siempre el especialista el primero en diagnosticar, ya que el práctico ha de ser, por fuerza de las circunstancias, el primero en ser consultado, de ahí que el día que vengo recordando me detuviese en hacer, a grandes rasgos, el diagnóstico diferencial entre la sífilis, la tuberculosis y ciertas formas de micosis, y emitiera la idea de que mis alumnos y yo nos hallásemos en presencia de un probable caso de esporotricosis.

Pero como no se trataba de opinar sino de comprobar, dejé la cuestión para otro día y ordené para el enfermo un tratamiento antisifilítico.

Diez inyecciones hipodérmicas de enesol y veinte de cianuro de mercurio no dieron resultado alguno. Prescribí luego una preparación mezcla de jarabe de Gibert con jarabe yodotánico, muy usada por los oftalmólogos franceses, y obtuve una mejoría manifiesta que para mí fue significativa. Esto y la ausencia de signos estetoscópicos que inclinaran a sospechar la tuberculosis me hicieron pasar de largo por los tratamientos de esta naturaleza que, por lo demás, son tardíos en resultados y casi siempre aleatorios.

En busca de comprobaciones me dirigí a nuestro químico doctor Egidio Trincheiro; inquirí de él si le sería fácil prepararme un medio de Sabouraud en el pequeño laboratorio de bacteriología que posee; y tres días después tuvo la bondad de enviarme cuatro tubos convenientemente arreglados, que me apresuré a sembrar al borde del lecho del enfermo. Concurrentemente con esto y siendo imposible en la actualidad hacer una reacción de fijación o un serodiagnóstico de Vidal y Abrami, en Cartagena, creí conveniente hacer una reacción de Landolt y otra de Von Pirquet, como contrapruebas, que dieron resultados absolutamente negativos.

Hice pues mi siembra conforme a la técnica de Beurmann y Gougerôt, la que seguí tan fielmente cuanto me fue posible, de modo que mi confianza fuese, como en efecto lo fue, absoluta en las manipulaciones efectuadas. Sembré tres

de los tubos por el procedimiento indicado; y el cuarto por el artificio de la *colada* sobre el vidrio seco como lo indica Gougerot. Para esta última siembra me serví del pus contenido en el absceso reblandecido de que hablé arriba, lo cual hice perforándolo asépticamente por medio de una jeringuilla de Luer.

Cuarenta y ocho horas después de hecho esto pude comprobar, por el examen microscópico del tubo, que en medio de los corpúsculos del pus germinaba un micelio de prolongamientos rectilíneos y tenues que por su aspecto característico me acentuaba la creencia de hallarme en presencia del *sporotrichum beurmanni*. Esta creencia vino a convertirse en certeza cuando del cuarto al octavo día de hechas las siembras en los otros tubos, que habían permanecido al abrigo de gérmenes en la estufa apagada, la observación diaria me hizo ver el desarrollo y aspecto característico de las colonias en los tubos cultivados. No había lugar a duda; el aspecto era inequívoco: las mismas colonias de forma circunvolvlada, blancas al principio, morenas después, areoladas de blanco, color de chocolate, etc., tal como puede discernirse en la fotografía que acompaña este trabajo, a pesar de lo defectuoso de la reproducción fotográfica.

En atención a estos hechos ordené lavados con agua esterilizada de las ulceraciones y toques alternados de las mismas con agua oxigenada unas veces y yodada otras; yoduro de potasio al interior a dosis crecientes de un gramo diario para llegar a cuatro. El enfermo manifestó fenómenos de intolerancia para este tratamiento; y entonces ordené:

Jarabe de genciana	} aa 100 grms.
Jarabe de quina	
Jarabe de corteza de naranjas.	
Yoduro de potasio	20 —
Tartrato de hierro amoniacal	6 —

Para tres cucharadas al día al tiempo de cada comida.

La influencia benéfica de este tratamiento no fue mayor; mas repuesto el enfermo de sus trastornos de intolerancia, ordené nuevamente el uso del yoduro de potasio puro acompañado de agua de Vichy a cada toma. El resultado final fue el de que a favor del yoduro de potasio el enfermo curó completamente; y siguiendo el consejo de los tratadistas de la materia, prolongué la cura por un mes más para que el caso quedara a cubierto de una posible reincidencia. De esta manera, la duración total del tratamiento yódico fue de tres meses más o menos.

Tenemos pues que caracteres clínicos, diagnóstico por medio del cultivo en frío sobre glosa glicosada peptonada, artificio de la colada, pruebas humorales negativas y curación por el yoduro de potasio, son las bases sobre las cuales me fundo para llegar a la conclusión de que es esta la primera vez que se observa un probable caso de esporotricosis en Cartagena.

La palabra *probable* tiene un valor actual y bien merece que me detenga un poco en ella. Al decir *probable*, no es que mi convicción falle en cuanto a la interpretación de los hechos observados; mas como diariamente se va ampliando este vasto campo de las micosis, natural es admitir reservas en cuestión de diagnóstico tan de-

licada como la en que me ocupo. Hasta el presente las esporotricosis casi no han sido señaladas entre nosotros. Las únicas observaciones de las cuales estoy informado pertenecen al doctor Lisandro Posada Berrío, de Medellín, y al doctor G. Toro Villa, del mismo lugar. En Costa Rica, un médico de aquella nación afirmó hacia el año de 1906 haber encontrado un caso; mas la falta de pruebas no le dio fuerza a la afirmación que, por otra parte, no fue hecha con seriedad científica. En Cayena, en 1910, el doctor Henry publicó una observación que a juzgar por las objeciones de que fue objeto por parte de los profesores De Beurmann y Jeanselme, y de los doctores Nattan-Larrier y Tanon, puede decirse que es de una autenticidad dudosa. Pero de que la esporotricosis existe en las zonas tropicales y yuxtatropicales, no queda duda, porque pruebas suficientes han dado de ello Lutz y Splendore, en el Brasil; y Greco, Baliña y Uruburu, en Uruguay y Argentina.

Ni es de admirar que exista la esporotricosis entre nosotros, desde luego que el campo de las micosis es tan amplio que por el número de las nuevas entidades que cada día se van conociendo, ya esa cuestión tiene la importancia de una rama especial de la patología. Prueba de ello es la importante monografía sobre *Las Nuevas Micosis*, publicada por De Beurmann y Gougerot. En este libro los autores rechazan el término de blastemicosis y crean el grupo más científico de las exascosis. Oesporosis, nocardosis, discomicosis, etc., son entidades que allí encuentran su descripción, y por último, allí se hallan muy bien

estudiados los cinco tipos de esporotricosis hasta hoy conocidos.

A la multiplicidad de las lesiones debe, indudablemente, corresponder la facilidad de la propagación. Para nadie es un secreto que la esporotricosis tiene hoy modalidades anteriormente desconocidas o que se atribuían a causas muy diferentes. Cuando en 1898 publicó Schenk el primer caso de esporotricosis conocido, nadie pudo imaginar que de aquella enfermedad cutánea, que parecía localizada enteramente a la piel, se llegara en el corto lapso de una docena de años a crear y diferenciar un capítulo de especialización, como el de la esporotricosis ocular, por ejemplo. Morax, Jeanselme, Chailleus, Thibierge, Gastinel, Fava, Jocqs, Der, la lista es interminable si se quiere recordar cuanto a la esporotricosis ocular se refiere.

Por lo que a mí respecta, no tengo la menor duda de haber diagnosticado y curado un caso de esporotricosis, autóctona me atrevería a decir, en la persona de Remigio Pérez; y digo *autóctona*, porque la circunstancia, que antes no mencioné, de que dicho sujeto nunca había salido de María la Baja, y de que la infección fue adquirida directamente en los cultivos de arroz de aquel lugar, deja fuera de duda que la micosis mencionada existe allí.

Corrobora aún más esta suposición el hecho de que después de este caso me he dedicado pacientemente a buscar la esporotricosis en compañía de mi honorable colega doctor Nicolás M. Paz, en cuanto enfermo de naturaleza sospechosa ha llegado al Hospital; y excepto en un caso,

que reputamos positivo porque aunque no se pudo hacer culvivo, el tratamiento yodurado fue eficaz, los demás casos han sido siempre negativos.

En todo caso las presentes líneas, escritas sin la tentación de hacer revelaciones extraordinarias, aspiran ingenuamente a dejar la vía abierta hacia un nuevo campo de investigación científica en donde pueda ejercitarse la actividad de nuestros comprofesores.

Cartagena, noviembre de 1917.