

# 5

## EL CASO DE INFECCIOSAS RINOSPORIDIOSIS

### Presentación de diez casos y revisión de la literatura

Alejandro Vélez H.<sup>1</sup>

Mario Robledo<sup>2</sup>

Juan Carlos Arango<sup>2</sup>

Beatriz Vieco D.<sup>2</sup>

Carlos S. Duque<sup>2</sup>

#### RESUMEN

---

Se realizó una revisión de los archivos del Departamento de Patología de la Universidad de Antioquia en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, Colombia, para determinar la frecuencia de Rinosporidiosis durante los años 1944 - 1995.

Entre 398.268 informes anatomopatológicos existentes, se hallaron 10 casos diagnosticados de acuerdo con los criterios histológicos. La localización más frecuente de esta micosis fue la nasal (7 casos), seguida por la conjuntiva (3 casos). La mayoría de los pacientes fueron hombres (9 casos)

La edad varió entre 7 y 54 años.

**Palabras clave:** Rinosporidiosis, micosis.

1. *Patólogo del Hospital Pablo Tobón Uribe, Profesor de la UPB. Medellín, Colombia S.A.*

2. *Departamento de Patología y Otorrinolaringología de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia S.A.*

# ABSTRACT

---

A revision was made of the archives of the Universidad de Antioquia's Pathology department in the San Vicente de Paul University Hospital, to determine the frequency of rhinosporidiosis in the years 1994 - 1995

Among 398.268 existing pathology reports, 10 were found with a diagnosis of the rhinosporidiosis based on histologic criteria. The most common localization of this mycosis was nasal (7 cases), followed by the conjunctiva (3 cases). The majority of patients were male (9 cases).

Age ranged between 7 and 54 years

**Key words:** Rhinosporidiosis, Mycosis.

## INTRODUCCIÓN

La Rinosporidiosis es una entidad producida por *Rhinosporidium seeberi* (1,2), agente que no ha logrado ser aún aislado en cultivo. La enfermedad se caracteriza por la presencia de pólipos de tamaño variable, de sangrado fácil y sensación de cuerpo extraño, síntomas que se acompañaban de rinorrea, prurito, obstrucción nasal y epistaxis. Las lesiones están localizadas principalmente en nariz, nasofaringe, conjuntiva y, en algunos casos, también en la tráquea, bronquio, pene y canal anal. El curso clínico es benigno, pero se han descrito casos de evolución fatal. (3,4,5).

La enfermedad fue descrita inicialmente por Guillermo Seeber, estudiante de medicina, quien usó sus hallazgos como tesis de grado en Argentina, en 1886; en 1905, O Kinealy, médico del ejército inglés que ejercía en la India, publicó un trabajo en el que consideró al agente infeccioso como un esporozoario. En Colombia, el primer caso fue publicado en 1950, en un paciente proveniente de Barranquilla; en Antioquia, Bojanini presentó los primeros 5 casos autóctonos en 1963 (3, 4,13).

Se trata de una enfermedad de distribución mundial pero que se presenta principalmente en áreas tropicales; se han descrito 2.000 casos, 69,9% de localización nasal y 15% conjuntival; la mayoría de ellos han ocurrido en la India (7, 8); en América, la enfermedad se conoce en Brasil, Argentina, Venezuela, Estados Unidos (9, 10, 11, 12) y Colombia, país en el cual se conocen 31 casos en humanos. (12, 13, 14, 15,16). La forma de transmisión del agente es desconocida, pero la ocurrencia de esta entidad en 41 cisnes mantenidos en cautiverio en Florida (4) y los baños en aguas estan-

cadass sugieren un origen acuático. Allen y Dave proponen su relación con el *Ichtyosporidium*, un parásito similar al rinosporidium (4), que infecta peces y que se puede transmitir al hombre y a los animales domésticos al bañarse en aguas contaminadas.

El diagnóstico se establece casi siempre por estudios histológicos coloreados con hematoxilina y eosina, pero puede confirmarse por metenammina de plata y ácido peryódico de Schiff. *R seeberi* ha sido clasificado en varios géneros sin precisar aún su posición; la presencia de quitina y celulosa lo ubica dentro de los hongos: el ciclo tisular del organismo se inicia en una endospora pequeña que crece hasta alcanzar 300 micras de diámetro y por divisiones sincrónicas llega hasta 16.000 endosporos; se rodea de doble pared y adopta forma de esférula que cede a la presión de los endosporas y se rompe saliendo éstas al tejido. (1) En la epidermis, se observan áreas de hiperplasia epitelial y en el estroma, esporangias que tienen abundantes endosporas; al romperse éstas, salen al exterior y dan lugar a una respuesta granulomatosa importante, así como a edema, fibrosis e infiltrado linfoplasmocitario y polimorfonuclear neutrófilo. (1,3,4,5).

La evolución es crónica y el paciente puede consultar 10 años después de iniciar el proceso. (1)

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de los archivos del Departamento de Patología de la Universidad de Antioquía, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Durante los años 1944- 1995, se revisaron 398.268

informes anatomopatológicos y se comprobó el diagnóstico histológico de rinosporidiosis en 10 de ellos que corresponden al 0,0025 % (fig. 1). Se examinaron tanto los preparados histológicos al microscopio como las historias clínicas de los pacientes.

## RESULTADOS

Las características clínicas aparecen resumidas en la tabla No 1. De los 10 casos de rinosporidiosis, 9 correspondían a hombres y 1 a una mujer; sus edades variaron entre 7 y 54 años. La localización más frecuente fue en la mucosa nasal, 7 casos, y la conjuntiva ocular, 3 casos (fig. 2). La apariencia clínica fue descrita como lesiones polipoides que causaban obstrucción de las vías aéreas, sensación de cuerpo extraño, prurito y epistaxis.

Las historias clínicas revelaron que los pacientes fueron sometidos a extirpación quirúrgica de las lesiones con evolución postquirúrgica satisfactoria en 6 de ellos; un paciente recidivó en 2 oportunidades y en los 3 pacientes restantes no se obtuvieron datos. Los pacientes provenían de Apartadó (2), Turbo, Quibdó, Nechí, Cauca, El Bagre, Sopetrán y Puerto Berrío, áreas cercanas a ríos de agua dulce y que son lluviosas.

El estudio histológico mostró lesiones polipoides recubiertas por epitelio escamoso con áreas de hiperplasia epitelial y un estroma en el que se observaron abundantes esporangias cuyo diámetro oscilaba entre 150 y 300 micras; éstas se encontraban provistas de una pared gruesa, te-



Fig. 1. Lesión polipoide de 2 cm de diámetro mayor (Departamento de Patología U. de A.)



Fig. 2. Lesión conjuntival con aspecto de hemangioma (Fotografía Dr. Jhon Jairo Martínez)

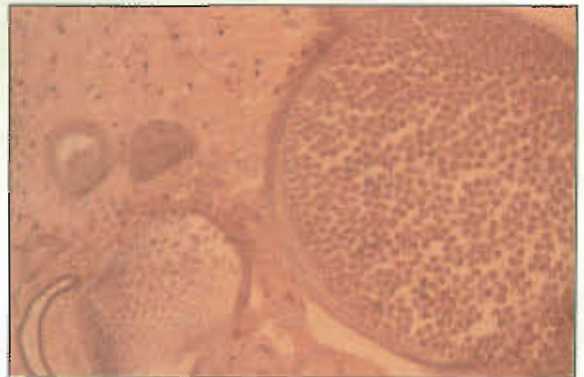


Fig. 3. Esporangia con endosporas en su interior (Hematoxilina y eosina)

nían abundantes endosporas en su interior y estaban rodeadas por infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. (fig. 3)

**TABLA No 1**

Rinosporidiosis en el Departamento de Patología de la U de A, Medellín. Colombia S.A.

CASO	SEXO	EDAD	LOCALIZACIÓN	ASPECTO CLÍNICO	EVOLUCIÓN
1	Masc	34	Nariz	Pólipo	No recidiva
2	Masc	54	Conjuntiva	Lesión irregular engrosada	No recidiva
3	Masc	7	Conjuntiva	Lesión papilomatosa	No datos
4	Masc	7	Nariz	Pólipo	Recidiva en 2 oportunidades
5	Masc	7	Nariz	Pólipo	No recidiva
6	Masc	14	Nariz	Pólipo	No datos
7	Masc	20	Nariz	Pólipo	No datos
8	Fem	15	Conjuntiva	Hemangioma	No recidiva
9	Masc	16	Nariz	Pólipo	No recidiva
10	Masc	16	Nariz	Pólipo	No recidiva

## DISCUSIÓN

En esta revisión, se documentaron 36 casos de Rinosporidiosis en Colombia: 22 en hombres y 14 en mujeres; 23 son lesiones localizadas en la nariz y 13 en la conjuntiva ocular. Así como 2 casos en perros (pastor alemán y setter irlandés), con afección de las fosas nasales; también se conoce la entidad en caballos, asnos y ganado vacuno. (11,12,13, 14, 15)

Del análisis de estos casos, se deduce que la rinosporidiosis prevalece en regiones de clima cálido y cercanas a ríos, como el puerto de Purificación en Tolima (5 casos), la zona bananera de Santa Marta y el Urabá antioqueño (4 casos). (11,12)

Los hallazgos de esta revisión concuerdan con los informados en la literatura mun-

dial en cuanto a la localización predominante (la nasal) y siguiente (conjuntiva ocular), así como de la presencia de lesiones polipoides grandes y pedunculadas. (1,3,4,5)

El periodo de incubación es desconocido y el diagnóstico se hace, casi siempre, por el estudio histológico, como en nuestros casos. Sin embargo, el examen directo con hidróxido de potasio puede mostrar las esférulas clásicas.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica o la electrocauterización; sin embargo, las recaídas son frecuentes; se ha utilizado tratamiento con anfotericina, antimoniales y diaminosulfonas, con pobres resultados. (1,4) ■

## AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a la Doctora Ángela Restrepo M. por la colaboración en la revisión del manuscrito.

## REFERENCIAS

1. Restrepo, A. Rinosporidiosis. En: Enfermedades infecciosas, Robledo, J. Bedoya V, et al Fundamentos de Medicina, 5 Ed., Ediciones CIB, Medellín, 1996:331-332
2. Correa, A. Rinosporidiosis nasal, presentación de un caso. Rev. Soc. Col. Dermatol. 1993;2: 60-61
3. Bennett, J.E. Rhinosporidium seeberi. En: Mandell, Bennett, J.E, et al. Principles and Practice of Infectious Disease. 4<sup>th</sup> Ed. 1995, Churchill Livingstone, pp 2391-2392.
4. Silva Lacaz. Rinosporidiosis. Revista Iberoamericana de Micología. 1996;13:51-55
5. Chapman, HB. Dooley RJ. Rhinosporidiosis. En: Pathology of Tropical and Extraordinary Diseases . AFIP. Washington, DC. 1976: 597-599.
6. Mohan, H.; Chander, J.; Dhir, R. Rhinosporidiosis in India: a case report and review of the literature. Mycoses. 1995; 5: 223-225.
7. Gori, S.; Scasso, A. Cytologic and differential diagnosis of Rhinosporidiosis. Acta Cytologica. 1994; 38: 361-366.
8. Das Gracias, M.; Cunha, A.; Seemedo, E. Rinosporidiosis nasal: Relato de un caso. An Brasil Dermatol. 1986, 61: 141-144-
9. Deblend, S.D. Rinosporidiosis conjuntival. Presentación de un caso. An. Soc. Mexic. Oftalmol. 1969; 42: 47-51.
10. Thianpasil, M. Rhinosporidiosis. En: Antifungal Drug Therapy. Jacobs P.A and Hall, Marcel Dekker. New York, 1990; pp. 99-106
11. Cáceres, R. Rinosporidiosis: Revisión de la casuística colombiana y presentación de un caso. Acta Otorrinolaringol. Col. 1963;2:27-32.
12. Martínez, M. Rinosporidiosis en Colombia. Presentación de 7 casos nuevos y revisión de la casuística nacional. UIS Med. 1986;14: 49-60.
13. Bojanini, E. Rinosporidiosis. Presentación de 5 casos autóctonos. Ant. Med. 1963; 14: 237-245.
14. Vélez, A.; Arango, J.C.; Martínez, J.J. Rinosporidiosis conjuntival. Iatreia. 1995; 8:170-171
15. Vélez, A.; Arango, J.C. Rinosporidiosis nasal: Revista Colombiana de Dermatología. 1995;4:203-204.