

## UN CASO DE PARACOCCIDIODOSIS CONJUNTIVAL

Drs. ALFREDO AYALA HAEDO (\*), JUAN BOGGINO (\*\*) e  
MODESTO MERCADO (\*\*\*) — Assunção — Paraguai

FICHA DE C. E. N.º 23.953

Pablo S. — 53 años de edad — nacido y domiciliado em Villa de San Pedro (Alto Paraguay — casado — agricultor y obrajero)

**2-IV-52:** Viene a consultar porque desde hace 5 meses nota una anomalía en el párpado superior de O.I., con sensación de arenillas debajo del mismo y la aparición de una tumoración.

Examinado nuestro enfermo, comprobamos:

**O.D.:** Visión igual a 0,40 que conduce a 1 con la corrección de su hipermetropía. No se aprecia anomalía alguna en párpados, globo ocular ni anexos.

**O.I.:** Visión igual a 0,40 que, corregida su hipermetropía, es conducida a 1.

La abertura palpebral ligeramente disminuida, a expensas del párpado superior, muestra sus 2/3 externos edematosos y congestionados; congestión y edema más acentuados en la parte media de esta porción palpebro-ciliar, a cuyo nivel el espesor del párpado está, circunscriptamente, aumentado a expensas de la cara conjuntival.

Evertido el párpado, y correspondiendo a la parte de mayor espesor (que es de 5 mlms, más o menos), se comprueba que la conjuntiva está congestiva y tumefacta, conformando un área alargada perpendicularmente al borde superior del tarso, hasta el cual llega con progresiva disminución de su aspecto tumoral; el contorno lateral de esta porción enferma está irregularmente delimitado y su superficie muestra en la vecindad de su extremo ciliar un área de 4 x 6 mlms que se destaca nitidamente del resto por su

---

(\*) Docente Libre de Cl. Oftalmológica.

(\*\*) Profesor de Anatomía Patológica.

(\*\*\*) Jefe de Clínica de Oftalmología.

que observado con la lupa binocular, muestra estar constituido por pequeñísimas formaciones de color rojo unas y de color blanco-sucio, otras toda esta superficie se impregna irregularmente con solución de mercurio-cromo al 2% usada por nosotros para detectar discontinuidad tegumentada; podemos apreciar, además, una induración bien marcada, especialmente en la zona en que asienta la lesión exulcerada arriba descrita.

No se comprueba existencia de adenopatía pre-auricular ni sub-maxilar; tampoco se puede apreciar manifestación patológica alguna en el globo ocular ni en el aparato lagrimal excreto-secretor.

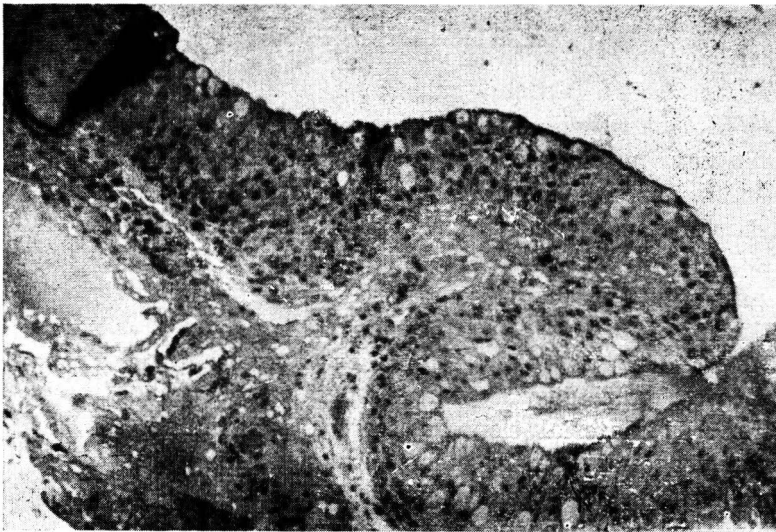
El paciente es un hombre normosómico, con relativo buen sub-maxilar; tampoco se puede apreciar manifestación patológica importancia y cuyo examen otorrinolaringológico, practicado por el Dr. Vicente Cabrera Cardús, revela ausencia de manifestación patológica en nariz, boca y garganta.

Frente a la imposibilidad clínica de hacer un diagnóstico con orientación etiopatogénica, no obstante pensar en tuberculosis, se decide practicar una toma bióptica abarcando, por escisión, todo el área branujenta de fondo indurado, y, se envía el material así obtenido para su estudio histopatológico.

Como nuestro enfermo debe regresar imperiosamente a su residencia por razones de trabajo, le prescribimos un colirio al sulfato de zinc al 0,75 gms por ciento y le indicamos la necesidad de su regreso, para informarse del resultado histopatológico y recibir el tratamiento que en consecuencia sea menester.

**6-V-52:** En esta fecha obtenemos el resultado del estudio histopatológico realizado por uno de nosotros (Boggino) y que es el siguiente: El material tiene la forma y el tamaño de un grano de anís, acaso algo más ancho. La sección muestra una excrecencia revestida de epitelio conjuntival, con sus características células mucígenas aisladas entre las pavimentosas. La masa central está integrada por un granuloma no folicular o muy vagamente folicular, constituido principalmente por una multiplicación histiocitaria sobre la trama de un tejido conjuntivo común, en el que están presentes, diseminados sin mayor ordenación, leucocitos varios, destacándose entre ellos linfocitos y plasmocitos. La proliferación histiocitaria de elementos monocitoides, epiteliodes y gigantocelulares. Las células gigantes son del tipo Langhans y casi

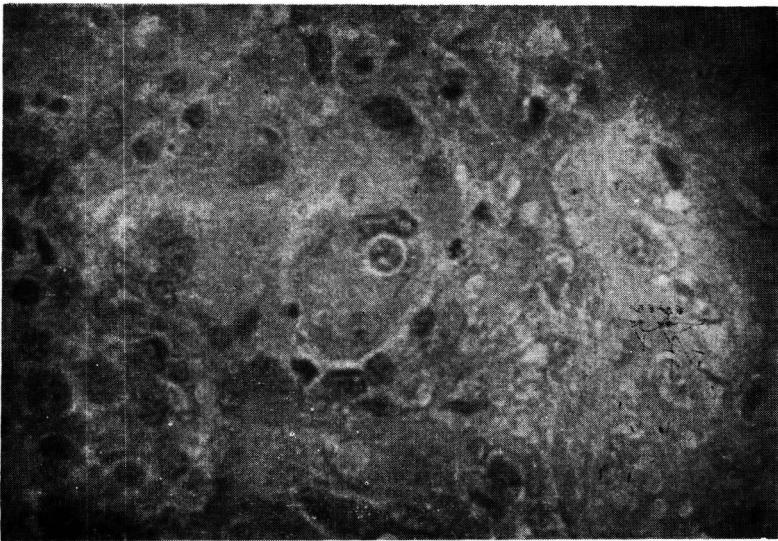
todas contienen uno o más corpúsculos parasitarios esferulares, de 2 a 20 micras de diámetro, dotados de doble contorno, presentando en su cuerpo protoplasmático estructura basófila y acidófila diversas. No hablamos formas brotantes a manera de levaduras, ni formas esporulares endo ni exocapsulares. El aspecto del granuloma y el del parásito son los de la blastomicosis sud-americana por **paracoccidioides brasiliensis**, aunque no lo podemos asegurar ya que no hallamos la figura del exo-esporulación en motor de avión, que permite identificarlo en los cortes. Tal figura no es frecuente, de modo que el no hallarla no excluye el diagnóstico supuesto por razones morfológicas y de frecuencia. Sugerimos la investigación micológica del agente por medio de cultivo e inoculación y en tanto suscribimos el siguiente diagnóstico: Granuloma blastomicósico, por **P. brasiliensis**, esto último presuntivamente.



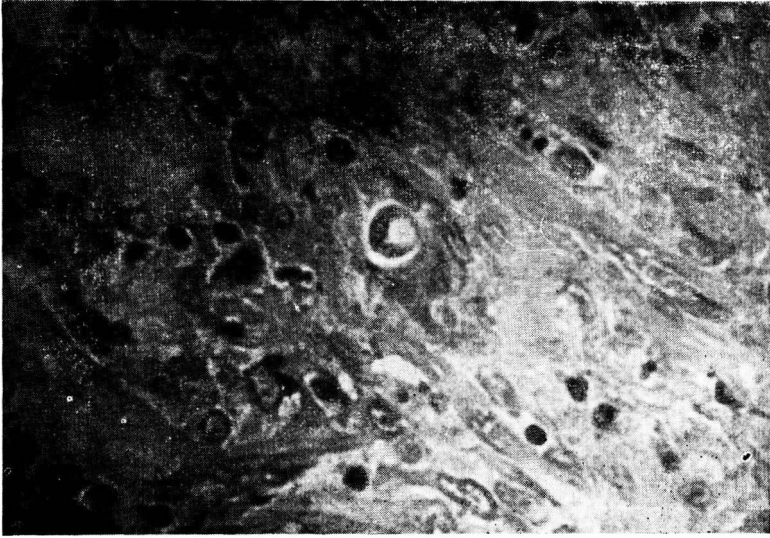
Fotografía N.º 1: Aquí se puede observar la naturaleza conjuntival del tejido estudiado por las células mucígenas que contienen.



Fotografía N.º 2: Microfotografía de un campo similar al anterior, pero, conteniendo parásito.



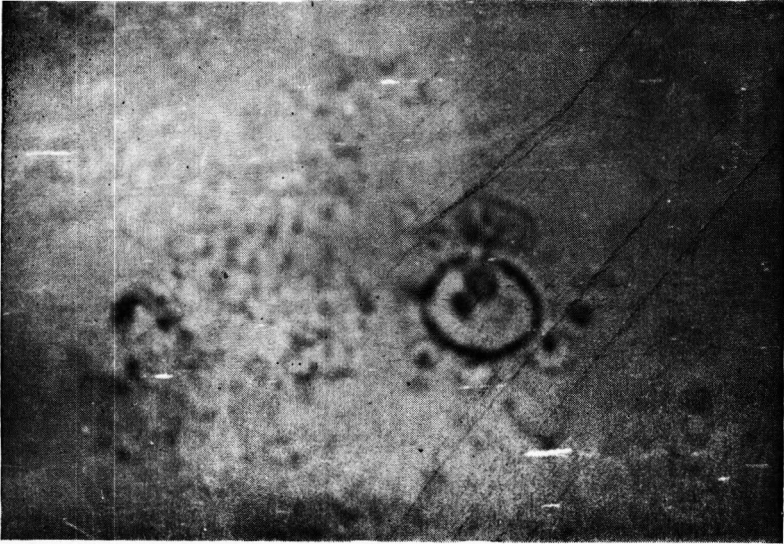
Fotografía N.º 3: Muestra el parásito.



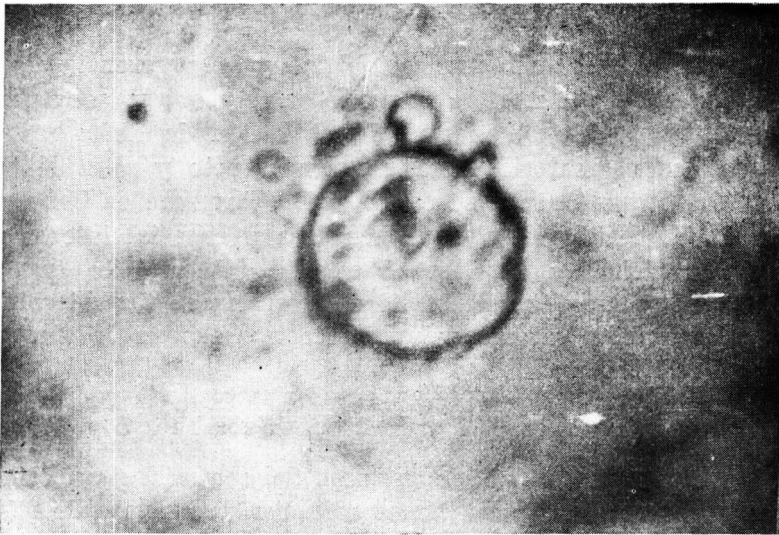
Fotografía N.º 4: Muestra el parásito.



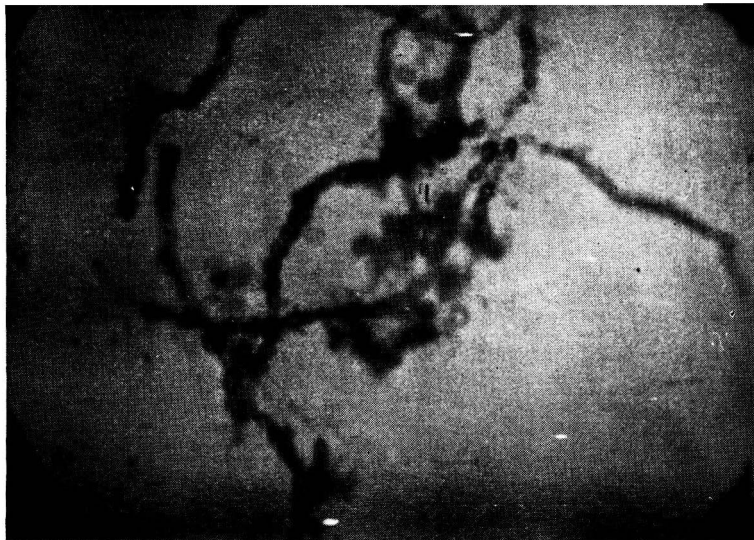
Fotografía N.º 5: Muestra el parásito de la fotografía 4, en mayor aumento.



Fotografía N.º 6: Microfotografía del parásito, obtenido de una preparación de raspado de la lesión.



Fotografía N.º 7: Muestra el parásito observado en preparado de raspado de la lesión.



Fotografía N.º 8: El parásito en una preparación obtenida del cultivo.

(Fotografías N.os 1, 2, 3, 4 y 5; Diapositivos 1, 2, 3 y 4)

Frente al resultado histopatológico y la sugerencia contenida en él, requerimos a nuestro paciente su regreso; y, así a fines de mayo/52 (antes de un mes de la obtención de dicho resultado) conseguimos el material para examen directo y para el cultivo, tareas éstas que toma a su cargo el Dr. Arquímedes Canese, Profesor de Bacteriología, a cuya gentileza y especial interés de colaboración científica se debe el estudio del parásito que quedá identificado como **Paracoccidioides brasiliensis**. Las microfotografías referentes al estudio del parásito nos fueron cedidas por el mismo Prof. Canese.

(Fotografías N.os 6, 7 y 8; Diapositivos N.os 6 y 7)

En esta oportunidad, de la toma del material para el estudio directo y cultivo, ya prescribimos **sulfadiazina** a razón de 0,10 gms por kilo de peso, diariamente, durante 20 días, para luego reducir a la mitad esta dosis diaria prolongada por otros 10 días más. Esto era en junio/52 y nuestro paciente no se sentía enfermo.

Con motivo de disponer a preparar esta presentación a objeto de actualizar los datos clínicos de este paciente con blastomicosis conjuntival, pretendimos conectarnos con nuestro enfermo; oportunidad ésta que nos hace saber de su fallecimiento, acaecido en el Sanatorio «Bella Vista» (para tuberculosos) donde obtuvimos los siguientes datos:

Fecha de ingreso: 5-IX-52; Fecha de óbito: 7-XII-52; Historia clínica N.º 1.397; *Diagnóstico*: Tuberculosis pulmonar bilateral muy extendida, diseminada, activa, excavada, mixta-positiva. Tuberculosis intestinal. Ankylostomosis; *Causa de la muerte*: Insuficiencia cardio-respiratoria; *Necropsia*: no se practicó a pedido de sus familiares.

### RESUMEN

Estamos en presencia de un paciente de 53 años de edad, con relativo buen estado general, sin antecedentes patológicos llamativos, radicado en ambiente agro-forestal, que es portador de una afección conjuntival circunscripta, de apariencia tumoral, que asienta en conjuntiva tarsal superior en la vecindad próxima de su borde ciliar, con ausencia de adenopatía regional; y, en el que las pesquizas realizadas con el material obtenido de la lesión conjuntival nos revelan:

- 1) La existencia de un granuloma blastomicósico, al estudio histopatológico;
- 2) Al examen directo, del raspado de la lesión y del material de cultivo, la presencia de hongos identificados como *Paracoccidioides brasiliensis*.

En consecuencia, se trata de un caso clínico de Paracoccidioidosis Conjuntival Primitiva, que la bibliografía a nuestro alcance no pudo informarnos de la existencia de similar localización.

**Nota:** las microfotografías de este trabajo y los diapositivos, fueron hechos por el Dr. Pierpont Juspán, para quién ofresamos nuestros agradecimientos.