

CONTENIDO	COMUNICACIONES
▶ Abstract	
▶ PDF	
▶ Comentarios	
▶ Título	<b>RINOSPORIDIOSIS EN EL MATERIAL HISTOPATOLÓGICO DEL HOSPITAL GENERAL DE UMTATA (1986-1999).</b>
▶ Resumen	
▶ Introducción	<i>Stepien A., García Jardón M, Banach, L, Paton N. Govender J., Cabuko M.</i>
▶ Material	
▶ Resultados	<i>Universidad de Transkei, Facultad de Ciencias de la Salud. Sudáfrica.</i>
▶ Discusión	
▶ Conclusiones	IV-CVHAP 2001 COMUNICACIÓN-E - 018
▶ Referencias	Fecha recepción: 27/01/2001 Fecha publicación: 05/05/2001
▶ Imágenes	Evaluación: Ver "Taller de Patología Infecciosa"

**RESUMEN**

Se presentan los hallazgos clínico patológicos en 15 pacientes diagnosticados de Rinosporidiosis en el período de tiempo anteriormente mencionado. Todos los casos correspondían a la población negra (Xhosa) que habita en la región de Transkei. La edad promedio osciló entre los 7 y 18 años. Doce pacientes correspondieron al sexo masculino y el resto al femenino. En todos ellos las lesiones se encontraron localizadas en fosa nasal o conjuntiva. En dos pacientes se realizó más de una biopsia. El diagnóstico clínico pudo ser hecho solamente en estos dos últimos. En el resto de los pacientes los diagnósticos clínicos más comunes fueron papiloma, granuloma, pólipos nasales o conjuntivales, infiltración tumoral y tuberculosis. La rinosporidiosis es un trastorno infeccioso relativamente raro, con un cuadro histopatológico característico. Al parecer la enfermedad se ha ido diseminando progresivamente, con reporte de casos en regiones donde era aparentemente desconocida. El presente trabajo constituye (después de la región de Natal), el segundo reporte de casos de rinosporidiosis en África del Sur.

IMÁGENES

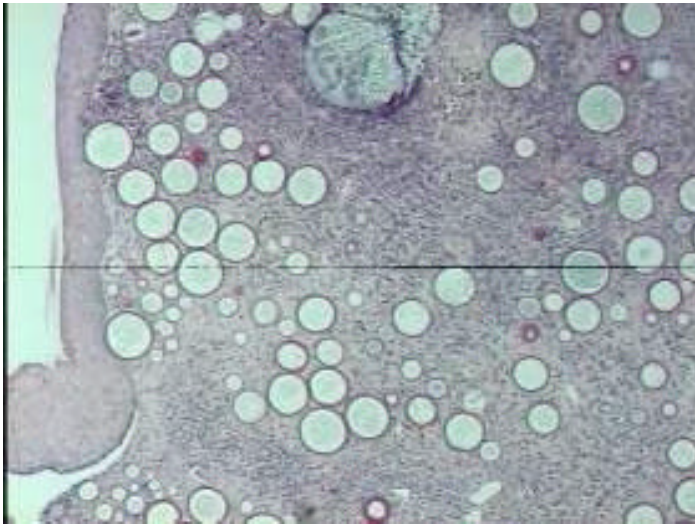


Figura 1

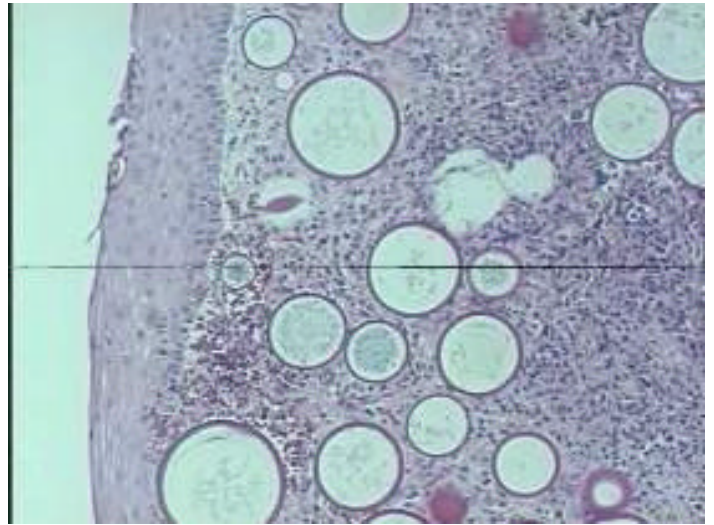


Figura 2

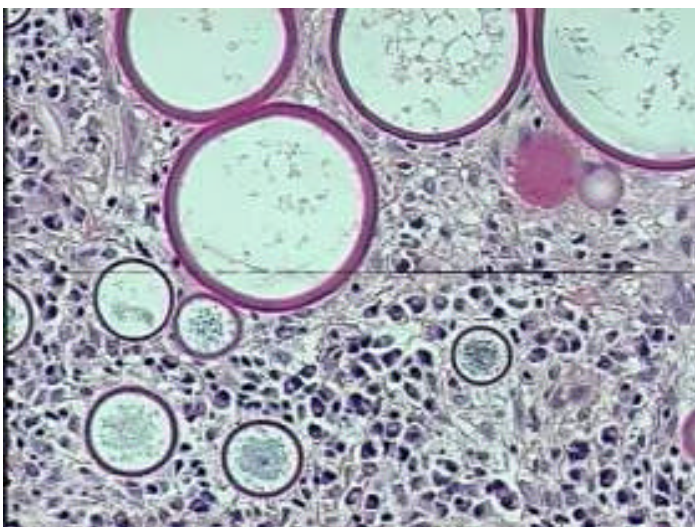


Figura 3

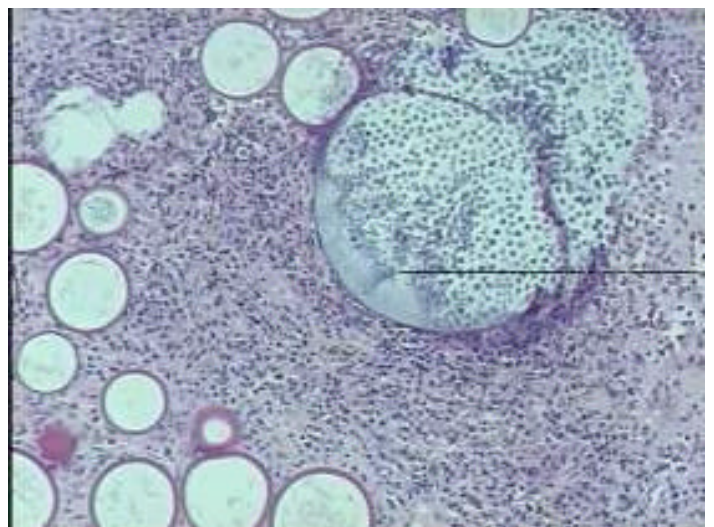


Figura 4

## INTRODUCCIÓN

Los libros clásicos definen la rinosporidiosis como “una enfermedad infecciosa crónica caracterizada por lesiones polipoides de las membranas mucosas predominantemente nasal y más raramente cutánea o visceral”. La mayoría de los casos reportados se presentan en la India y en Sri Lanka, no obstante, casos singulares o pequeñas epidemias en otras partes del mundo han sido reportadas. Esta enfermedad ocurre naturalmente en humanos y en algunos animales como ganado equino, vacuno, ovino, perros, patos salvajes, gansos y cotorras (*psitacus undulatus*).

La enfermedad se supone que es causada por el rinosporidio *seeberi*, patógeno esporiforme de complicado ciclo de vida. La mayoría de los micólogos suponen que este microorganismo puede ser o un *Chytridium* relacionado con las olipidáceas o un *Synchytrium*. El mismo no crece en medio de cultivo y sin embargo prolifera en cultivos celulares. Este organismo, no obstante, nunca ha podido ser transmitido exitosamente a animales de experimentación. El cuadro morfológico del mismo es muy distintivo y por tanto es diagnosticado por examen microscópico obtenido de material histológico / citológico de exudados o lesiones tisulares.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvieron 17 diagnósticos histopatológicos retrospectivamente de los libros del departamento de Anatomía Patológica entre los años 1986 y 1999. Los datos obtenidos fueron analizados con posterioridad, así como los bloques de parafina. Se realizaron laminas histológicas de 5mm de grosor, las cuales fueron coloreadas con HE, PAS con y sin diastasa y Azul Alcian - PAS.

## RESULTADOS

Se obtuvieron de nuestros libros de registro 17 biopsias con el diagnóstico de rinosporidiosis realizadas a 15 pacientes. 12 pacientes correspondieron al sexo masculino entre 7 y 18 años de edad (edad media 11.3 años) que se presentaron con toma conjuntival y nasal en 6 casos respectivamente. 3 pacientes femeninas entre 12 y 17 años (edad media 14 años) presentaron lesiones conjuntivales en 2 de ellas y nasal en 1 caso.

Las biopsias nasales midieron desde 0.5 x 0.4cm hasta 5 x 3 x 0.5cm y a veces se obtuvieron hasta 3 fragmentos de tejido por paciente.

Macroscópicamente las lesiones fueron descritas como fragmentos de tejido irregulares, redondos o polipoides, algunos de ellos ulcerados. La mayoría de ellos mostró consistencia firme, elástica o fibrosa y el color osciló desde blanquecino hasta pardo hemorrágico.

Uno de los casos con recurrencia ocurrió en un niño de 8 años con una

rinosporidiosis del párpado cuya primera biopsia, realizada el 23-02-90 venía con una descripción clínica como un crecimiento plano papilomatoso con tubérculos unidos a la conjuntiva tarsal del párpado inferior izquierdo. Macroscópicamente, la biopsia resultó un fragmento de tejido de 0.8 x 0.3 x 0.2 cm, gris oscuro, firme pero friable. 6 meses después una segunda biopsia fue tomada de la misma localización.

El otro caso con recurrencia después de los 5 meses de la primera exéresis se obtuvo de la fosa nasal derecha en un paciente procedente del mismo hospital rural que el caso anterior.

Todos los casos resultaron ser procedentes del pueblo Sosa que habita en la región rural del antiguo Transkei. El diagnóstico clínico pudo ser realizado únicamente en aquellos casos con lesiones recurrentes. La mayoría del diagnóstico clínico fue papiloma, pólipo de granulación, crecimiento conjuntival, quiste congénito o probable tuberculosis. Histológicamente, la morfología fue típica para el diagnóstico exhibiendo cuerpos nodulares redondos dentro del tejido inflamatorio de tamaño variado, y aquellos cercanos a la superficie (cuerpos maduros) mostraron tendencia a drenar liberando su contenido. Las esporas más profundas eran más pequeñas y con paredes más delgadas. En ocasiones, formaciones granulomatosas con células gigantes multinucleadas fueron encontradas mezcladas con células inflamatorias agudas y crónicas.

Los cuerpos nodulares reaccionaron positivamente con el PAS incluso después del tratamiento con diastasa independientemente del tamaño que tuviesen y solamente los cuerpos maduros reaccionaron además positivamente con Alcian-PAS.

## DISCUSIÓN

La rinosporidiosis usualmente se diagnostica por métodos morfológicos (BAAF, citología, Histopatología), puede ser sospechada en regiones con elevado número de casos en pacientes que desarrollan lesiones conjuntivales o nasales. Las lesiones polipoides típicas son blandas, rosadas o pardo-grisáceas y muestran numerosas manchas grises en la superficie que suelen ser comparadas con diminutos huevos de pescado. Los pólipos son muy vascularizados y sangran fácilmente al ser manipulados. En nuestro material, el diagnóstico clínico fue realizado únicamente en los dos casos con recurrencia. Debido a la rareza de esta enfermedad en nuestra área, otro tipo de lesiones fueron más sospechadas por los clínicos. Seeber en 1900 describió la lesión asumiendo que se trataba de un protozoo. Posteriormente, Ashworth (1923), describió el trastorno como originado por un hongo asumiendo que las estructuras descritas eran esporas, denominando al agente causal como *Rhinosporidium seeberi*. Investigaciones posteriores demostraron diferencias entre la composición química de la pared del cuerpo nodular y la de los hongos. Interesantes descubrimientos posteriores fueron culminados por

Ahluwalia, quien examinó muestras de agua de estanques donde los pacientes se habían bañado, aislando un microquiste procariótico de una cianobacteria aeruginosa. Esta misma cianobacteria fue demostrada en los tejidos de pacientes diagnosticados como rinosporidiosis. De acuerdo con las observaciones del autor, basadas en una microscopía de láser óptica y electrónica, se ha confirmado que dicha bacteria es el agente causal de la enfermedad.

Estos hallazgos necesitan ser confirmados puesto que la rinosporidiosis sería la primera enfermedad humana causada por la bacteria microcistis aeruginosa.

El tratamiento de la rinosporidiosis es quirúrgico, sin embargo, favorables resultados se observan después de la administración de Dapsona, que tiene una reconocida acción antibacteriana en la lepra. El uso tópico de soluciones de Nitrato de plata al 2% y el tratamiento sistémico con penicilinas y/o cefalosporinas. La respuesta al tratamiento antibiótico apoya aún mas la noción del origen bacteriano de la enfermedad, así como la penicilina cambió de una vez la clasificación de la Actinomicosis.

## CONCLUSIONES

La rinosporidiosis es una infección rara con un cuadro histológico característico. La enfermedad fue originalmente descrita casi exclusivamente en le India y Sri Lanka aunque parece estar diseminándose con reportes procedentes de casi todos los continentes. Nuestro material es mayor al reportado en 1987 por Chetti y Cooper y se origina en las áreas rurales del Transkei. Pudiera resultar valioso el examen de las muestras de agua estancadas para detectar la presencia de microcistis aeruginosa u otra cianobacteria, lo cual se proyecta realizar con futuros casos.

## NOTAS AL PIE DE PÁGINA

**Correspondencia:** A. Stepien. Universidad de Transkei, Facultad de Ciencias de la Salud. Sudáfrica. <mailto:blanco@worldonline.co.za>

## REFERENCIAS

1. Ahluwalia K.B., Maheshwari N., Deka R.C.: Rhinosporidiosis: a study that resolves etiologic controversies. *Am. J. Rhinol.* 1997; 11(6): 479-483.
2. Ahluwalia K.B.: Culture of the organism that causes rhinosporidiosis. *J. Laryng. Otol.* 1999; 113(6): 523-528.
3. Atapattu D. N., Areculeratne S.N., Rajapakse R.P., Perera N.A., Eriyagama N.B.: Purification of the endospores and sporangia of *Rhinosporidium seeberi* on Percoll columns. *Mycopathologia.* 1999; 145(3): 113-119.
4. Azadeh B., Babhoumian N., el-Bakri O.T.: Rhinosporidiosis: immunological and electron microscopic studies. *J. Laryngol. Otol.* 1994; 108(12): 1048-1054.
5. Binford Ch.H., Dooley J.R.: Rhinosporidiosis. In *Pathology of Tropical and Extraordinary Diseases*. Editors Binford Ch.H., Connor D.H. AFIP. 1976; 597- 599
6. Caniatti M., Roccabianca P., Scanziani E., Finazzi M., Mortellaro C.M., Romussi S., Mandelli G.: Nasal rhinosporidiosis in dogs: four cases from Europe and a review of the literature. *Vet.Rec.* 1998; 142(13): 334-338.
7. Castelino A.M., Rao S.K., Biswas J., Gopal L., Madhavan H.N., Kumar S.K.: Conjunctival rhinosporidiosis associated with scleral melting and staphyloma formation: diagnosis and management. *Cornea*; 2000; 19(1): 30-33.
8. Chetty R., Cooper K: Rhinosporidiosis at King Edward VIII Hospital, Durban-1976-1985. A report of 6 cases. *S. Afr. Med. J.*; 1987;72(3):217-8.
9. Date A., Ramakrishna B., Lee V.N., Sundararaj G.D.: Tumoral rhinosporidiosis. *Histopathology* 1995; 27(3), 288-290.
10. Maru Y.K., Munjal S., Gupta Y.: Brush cytology and its comparison with histopathological examination in cases of diseases of the nose. *J. Laryngol. Otol.* 1999; 113(11), 983-990.
11. Nwana E.J., da Lilly-Tariah O.B., Manasseh A.: Rhinosporidiosis in the nasal cavity. *Trop. Doct.* 1998; 28(2): 109-110.
12. Shrestha S.P., Hennig A., Parija S.C.: Prevalence of rhinosporidiosis of the eye and its adnexa in Nepal. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 1998; 59(2): 231-234.
13. Vukovic Z., Bobic-Radovanovic A., Latkovic Z., Radovanovic Z.: An epidemiological investigation of the first outbreak of rhinosporidiosis in Europe. *J. Trop. Med. Hyg.* 1995: 98(5): 333-337.
14. Watts J.C., Chandler F.W.: Rhinosporidiosis. In *Pathology of Infectious Diseases*. Editors - Connor D.H., Chandler F.W. et al. Appleton & Lange. 1997; 1085-1088.