

## Rinoentomoftromicosis

# Rinoentomoftromicosis\*

**Sandra Otilia Martínez P.**  
**Stella Prada de Castañeda**  
**Juan Carlos Wolff I.**

### RESUMEN

**S**e presenta un caso de rinoentomoftromicosis en un varón de 16 años de edad, que cursó con edema centrofacial progresivo y obstrucción nasal con episodios que simulaban sinusitis.

**Palabras clave:** Rinoentomoftromicosis.

### HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 18 años de edad, agricultor, quien consulta por cuadro clínico de ocho meses de evolución con edema centro facial progresivo, obstrucción nasal con rinorrea purulenta y ocasionalmente hemática. Ha presentado episodios de rubor y dolor maxilar con fiebre y cefalea, y en los últimos meses disminución de la agudeza olfativa. Recibió múltiples tratamientos antibióticos, con mejoría parcial de su cuadro.

Al examen físico se encontró edema difuso centro facial de los tejidos blandos que involucra el puente nasal y tejido periorbitario, observándose deformidad de la cara (Figura 1), e induración a la palpación más en la mejilla izquierda.

En la rinoscopia anterior y posterior se encontró escasa secreción mucopurulenta, la mucosa presentaba edema y leve eritema, no se encontraron masas o úlceras. El resto del examen físico fue normal.

La imagen de la tomografía contrastada de senos paranasales mostró engrosamiento de los tejidos blandos

intranasales izquierdos del puente nasal, del tejido periorbitario derecho y del hueso malar bilateral.

Laboratorio: VDRL: no reactivo, hemoleucograma: normal. VSG: 85 mm/h.

Se tomó biopsia de piel de la mejilla derecha; con la tinción de hematoxilina-eosina se observó en la dermis un denso infiltrado inflamatorio de tipo linfocitocitario crónico, con presencia de células multinucleadas; en uno de los cortes se observó una hifa grande, rodeada por un denso halo de material rojizo, numerosos polimorfos nucleares y eosinófilos (Figura 2). Las tinciones de plata metenamina y PAS fueron positivas para hifas irregularmente aseptadas (Figura 3).

**Sandra Otilia Martínez Pérez, MD, R III Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.**

**Stella Prada de Castañeda, MD, Dermatóloga, Profesora Dermatología, Departamento Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.**

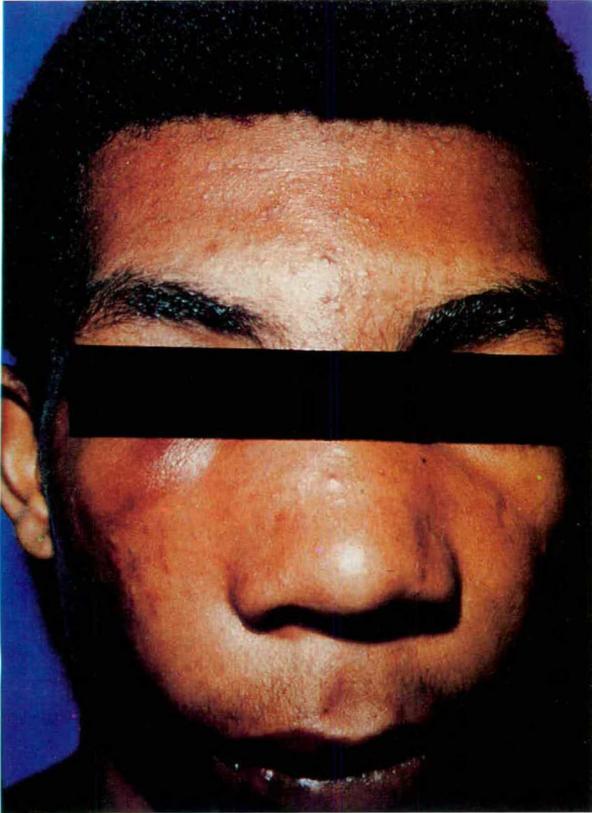
**Juan Carlos Wolff I, MD, Dermato-patólogo, Profesor Asistente Dermatología, Departamento Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.**

\* Presentado en la "Reunión de los Jueves" de la Sociedad Antioqueña de Dermatología (SADE), Medellín.

Correspondencia: Sandra Otilia Martínez Pérez, calle 64 X carrera 51 D HSVP, teléfono: 2637667, 4137094. Medellín, Colombia.

E-mail: miraga@epm.net.co - somp99@hotmail.com

## Rinoentomofotoromicosis

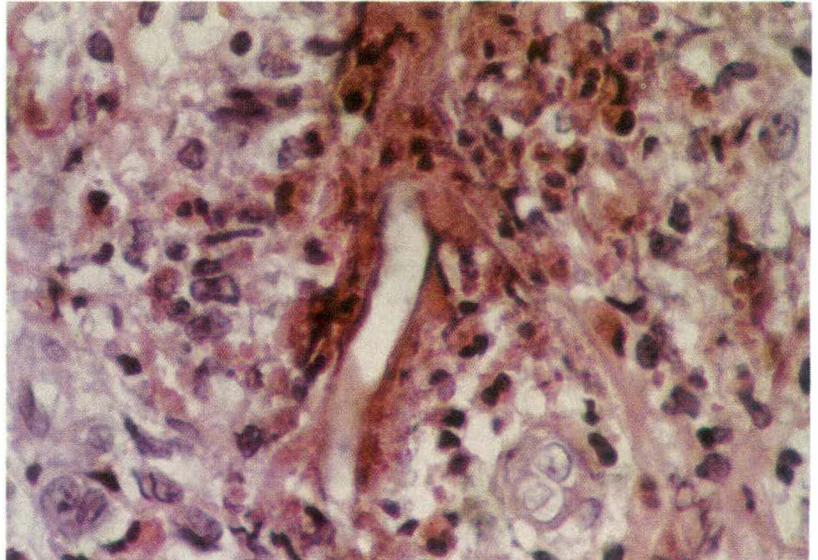


**Figura 1. Edema. Eritema e infiltración de consistencia leñosa a la palpación de la nariz y región malar.**

No se logró obtener crecimiento en cultivo del material de tejido enviado al laboratorio de Micología.

Con los anteriores hallazgos se hace diagnóstico de rinoentomofotoromicosis y se le inicia tratamiento con yoduro de potasio oral 4 g al día.

**Figura 2. Corte longitudinal de una hifa ancha rodeada por un halo eosinófilo e infiltrado inflamatorio mixto. Hematoxilina y Eosina 40X.**



### COMENTARIO

La rinoentomofotoromicosis es una cigomicosis subcutánea, causada por el entomofotal *Conidiobolus coronatus*, que genera de manera característica una infección granulomatosa crónica de la submucosa nasal y zonas contiguas con crecimiento progresivo y lento.<sup>1</sup>

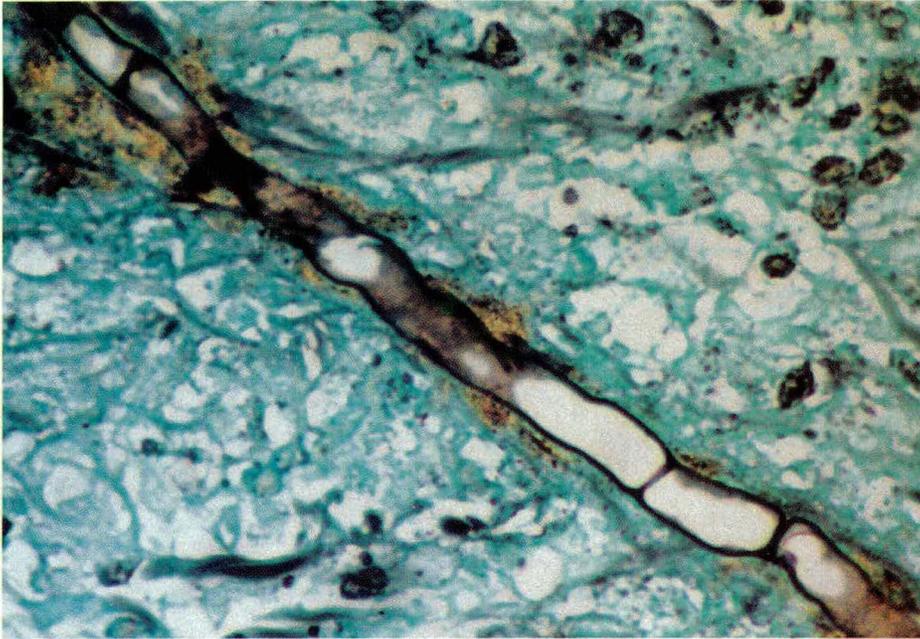
El *Conidiobolus coronatus* se ha aislado del suelo, de detritus vegetales y en algunos insectos; es patógeno para el hombre y animales generalmente en climas tropicales. Presenta hifas anchas (8-32 m), irregulares, sin tabicación o de manera muy irregular y conidias primarias y secundarias, las cuales lanza a distancia y éstas continúan su ciclo reproductivo. La colonia es de crecimiento rápido (3-5 días) de color gris blanco.<sup>2</sup>

Es una entidad predominantemente de adultos de raza negra, de áreas rurales del trópico, se han informado en África y Suramérica (Brasil y Colombia).<sup>2,3</sup>

Según una revisión realizada en 1968, se encuentra una relación de 10 hombres a 1 mujer.<sup>2</sup>

El escaso número de casos informados señala una posible resistencia natural a estos microorganismos. El primer reporte clínico donde se aisló el *Conidiobolus*

## Rinoentomoforomicosis



**Figura 3.** Hifa de gran tamaño. Corte longitudinal. Plata metenamina. 40X.

coronatus fue en 1961 de los pólipos nasales de un caballo; el primer caso reportado en humanos fue en 1965 por Brast y colaboradores en un paciente de la India occidental<sup>3</sup> y en Colombia el primer caso reportado fue en 1967 por Angela Restrepo y colaboradores.<sup>4</sup> Hasta el momento existen aproximadamente 200 casos informados en la literatura.

Todavía no es clara la manera como la espora penetra en los tejidos, pero se cree que puede ser por inhalación, trauma con material vegetal contaminado y/o por picadura de insectos infectados.<sup>3</sup>

Esta entidad es más de personas sanas, evoluciona lentamente, sin comprometer ganglios y con poca tendencia a la diseminación. El aspecto clínico es el de una inflamación de los cornetes inferiores que lentamente se extiende de manera bilateral a la piel de nariz, glabella, parte superior del labio, senos paranasales y en ocasiones a laringe. Cuando hay considerable edema hay compromiso infraorbitario.<sup>2,3</sup>

La masa en expansión deforma los tejidos que la cubren pero no los ulcera, y es generalmente indolora; a la palpación es fija a las estructuras que están por debajo de

ella y no está unida a la dermis que la cubre. El síntoma principal es la obstrucción nasal que puede acompañarse de rinorrea y epistaxis.<sup>2,3</sup>

Para el diagnóstico, además del examen con el KOH de un raspado directo de la mucosa nasal, es útil el cultivo en agar de Saboraud de material fresco, se cuenta con la histopatología y sus coloraciones especiales de histológica, PAS y metenamina.<sup>2,3</sup>

La enfermedad puede resolverse espontáneamente o presentar recaídas, llevándola a un curso crónico.<sup>2,3</sup>

En el momento se han utilizado para su manejo: yoduro de potasio, trimetropim-sulfametosaxol, imidazoles (ketoconazol, itraconazol), anfotericina B asociada con cirugía para reseca lesiones que causen obstrucción, con resultados desde exitosos a dudosos.<sup>1-6</sup>

Dentro de los diagnósticos diferenciales se consideran los tumores como el linfoma, el carcinoma de los senos maxilares, la paracoccidioidomicosis, la leishmaniasis, el rinoescleroma, la displasia fibroide y la granulomatosis de Wegener entre otras.<sup>3,5</sup>

## *Rinoentomoforomicosis*

### SUMMARY

We report the case of a 16 year-old black male, who presented to the dermatology clinic with progressive centrofacial edema, nasal obstruction and sinusitis like

symptoms. The diagnosis of rhinoentomophthoromycosis was made based on clinical and histopathological findings.

**Key words:** rhinoentomophthoromycosis.

## *BIBLIOGRAFÍA*

1. Hay RJ. Deep fungal Infections. En: Fitzpatrick T, Eisen A, Wolff K et al. *Dermatology in General Medicine*, New York, McGraw-Hill, 1999; pp: 2376-2377.
2. Kwon-Chung KG, Beneet JE. *Medical Mycology*. Filadelfia; Lea & Febiger, 1992.
3. Rippon JW. *Tratado de Micología Médica (Hongos y Actinomicetos Patógenos)*. Filadelfia, McGraw-Hill, 1988.
4. Restrepo A, Greer D, Robledo M, et al. Subcutaneous phycomycosis: Report of the first case observed in Colombia, South America. *Am J Trop Med Hygiene*, 1967; 16:34-39.
5. Ochoa L, Duque C, Velez A. Rhinoentomophthoromycosis. Report of two cases. *J Laryngol Otolology* 1996; 110.
6. Restrepo A. Treatment of tropical mycosis. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 91-102.