

## **PRESENTACIÓN DE DOS CASOS DE RINOSPORIDIOSIS NASAL**

**M. S. DADÁ<sup>1</sup>, M. ISMAEL<sup>2</sup>, V. NEVES<sup>1</sup>, J. BRANCO NEVES<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA CÉRVICO-MÁXILOFACIAL. <sup>2</sup> SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD EDUARDO MONDLANE. MAPUTO (MOZAMBIQUE).

### **RESUMEN**

La rinosporidiosis es una micosis causada por el *Rhinosporium seeber* que afecta al hombre y a algunos animales. La infección está generalmente localizada, y se caracteriza por la formación de tumoraciones del tipo pólipos, papilomas o lesiones verrugosas, las cuales son hiperplásicas y muy vascularizadas. Las

lesiones son friables y pueden ser sesiles o pediculadas. Se presentan dos casos de jóvenes adolescentes, residentes en una misma área geográfica de Mozambique, que presentaban tumoraciones papilomatosas en las fosas nasales. El diagnóstico de rinosporidiosis nasal fue realizado mediante el estudio histopatológico.

**PALABRAS CLAVE:** Rinosporidiosis nasal.

### **ABSTRACT**

#### **TWO CASES OF NASAL RHINOSPORIDIOSIS**

The rhinosporidiosis is an illness caused by *Rhinosporidium Seeber*, which affects not only the man but also other animals. The usual pattern of manifestations are located and characterized either by the development of big polyps, tumours, papilomas or wart lesions. These lesions are soft and hiperplastic,

highly vascular and they can be fixed or pedunculated. Our study reports two cases in young people, from the same geographical area, who showed papilomatoses tumours in the nasal cavity. The diagnoses of rhinosporidiosis nasal was done through a histopathological study.

**KEY WORDS:** Nasal rhinosporidiosis.

**Correspondencia:** Mahomed S. Dadá. Departament de Ciències Morfològiques. Unitat d'Anatomia i Embriologia. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Bellaterra. Barcelona.

**Fecha de recepción:** 4-7-2001

**Fecha de aceptación:** 15-10-2001

## INTRODUCCIÓN

La rinosporidiosis es una micosis submucosa o subcutánea causada por un hongo (*Rinosporidium seeber*)<sup>1</sup>. Afecta a la especie humana y a otros animales como son el caballo, el ganado bovino, los mulos, los cerdos, los gansos y los pavos. Es una micosis generalmente localizada que se caracteriza por la formación de masas polipoideas, verrugosas o vegetantes<sup>1</sup>.

La rinosporidiosis fue descubierta en 1900 por un estudiante de Medicina, Guillermo Seeber, alumno de Roberto Wernick, en Buenos Aires (Argentina) a partir de un caso de un trabajador agrícola, de 19 años de edad, que presentaba un cuadro de obstrucción nasal provocada por un pólipo de gran tamaño<sup>1,2</sup>.

La puerta de entrada de la infección es la mucosa nasal o la conjuntiva, y con menor frecuencia la piel. La enfermedad progresa por continuidad, aunque se han descrito casos de diseminación linfática y hemática<sup>1</sup>.

Las localizaciones más frecuentes son en la mucosa nasal<sup>1,7</sup> y en la conjuntiva<sup>1,2</sup>. Otras localizaciones, como el conducto auditivo externo, la mucosa lingual, la tráquea, la faringe, la laringe, los bronquios, la esclerótica, la vagina, el pene o la uretra, son raras<sup>1</sup>. Sin embargo, en el trabajo de Vukovic y cols. (1995)<sup>8</sup> la localización en conjuntiva fue superior a la localización en mucosa nasal (12 de los 17 casos estudiados).

La enfermedad se caracteriza por el desarrollo de lesiones pseudotumorales de la mucosa, mediante un pólipo rojizo y blando, con aspecto de frambuesa. La superficie se muestra irregular, con pequeños puntos blancos, cubierta de una secreción mucosa o ligeramente hemorrágica, que sangra con facilidad<sup>1</sup>. Los síntomas más comunes, en la localización nasal, son la obstrucción, la epistaxis, los estornudos y la sensación de cuerpo extraño. El estado general del paciente no suele alterarse<sup>1</sup>.

El diagnóstico se establece mediante la observación de esporangios en la lesión<sup>2</sup>.

En un estudio de revisión de las biopsias realizadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Central de Maputo (Mozambique) entre los años 1944 y 1986, se diagnosticaron 33 casos de esta patología, correspondiendo al 0,036% del total de biopsias efectuadas<sup>9</sup>. En el estudio la edad más frecuente de los pacientes afectados fue de 10 a 19 años y la localización, la nasal; sin embargo los casos con mayor agresividad de la infección fueron los de la conjuntiva bulbar.

En este trabajo se describen dos nuevos casos de rinosporidiosis nasal, procedentes de una mis-

ma área geográfica de Mozambique, diagnosticados en el año 1999 mediante biopsia.

Consideramos justificada la presentación de estos casos debido al aumento de personas que acuden a España procedentes de países de África, y a las relaciones internacionales que existen entre ambos países, destacando los convenios de cooperación interuniversitarios y el prestigioso centro ICSM dedicado a investigación de Malaria, situado en la localidad de Manhica (Mozambique).

## PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

### CASO 1

Paciente de 15 años de edad, de sexo masculino, de raza negra, estudiante y residente en Manhica, sin antecedentes clínicos de interés. Es remitido al Servicio de Otorrinolaringología por cuadro de obstrucción nasal y epistaxis de 6 meses de evolución. Había sido tratado inicialmente con amoxicilina durante 1 semana. La exploración clínica mostraba una formación polipoidea, de superficie irregular. La coloración era rojiza, de consistencia duro-elástica, no deslizante, que ocupaba la fosa nasal derecha. Con el diagnóstico de pólipo nasal se indicó polipectomía. En el acto quirúrgico se observó un aspecto papilomatoso de la tumoración, por lo que se enviaron muestras de 2 x 1 cm para estudio histopatológico que reveló papiloma constituido por un epitelio estratificado con reacción inflamatoria y presencia de *rinosporidium* (figura 1). El paciente fue dado de alta 3 días después de la intervención, con tratamiento mediante amoxicilina y fenilefrina nasal, citándole a consultas externas en una semana. Sin embargo, el paciente no acudió a dicha visita.



Figura 1. Lesión papilomatosa con severo componente inflamatorio. (Hematoxilina-eosina). 10 x



## CASO 2

Paciente de 11 años de edad, de sexo masculino, de raza negra, estudiante y residente en Manhiça. Es remitido al Servicio de Otorrinolaringología por cuadro de obstrucción nasal y rinorrea purulenta de 1 mes de evolución. Había sido tratado inicialmente con clorfeniramina. La exploración clínica mostraba una formación tumoral, de superficie irregular, localizada en la fosa nasal derecha, por lo que se indicó extirpación quirúrgica. El estudio macroscópico demostró fragmentos de tejido redondeado, con superficie irregular, de consistencia duro-elástica. El estudio histopatológico reveló tejido nasal polipoideo cubierto de epitelio cilíndrico no ciliado, con áreas de estratificación, rodeado de un estroma conjuntivo fibrovascular. Además habían muchas áreas con granulomas crónicos, con células gigantes a cuerpo extraño y esporangios con rinosporas en su interior (figura 2). El paciente fue dado de alta después de la intervención, citándole a consultas externas para instaurar el tratamiento después de tener el resultado histopatológico. Sin embargo, el paciente no acudió a dicha visita.

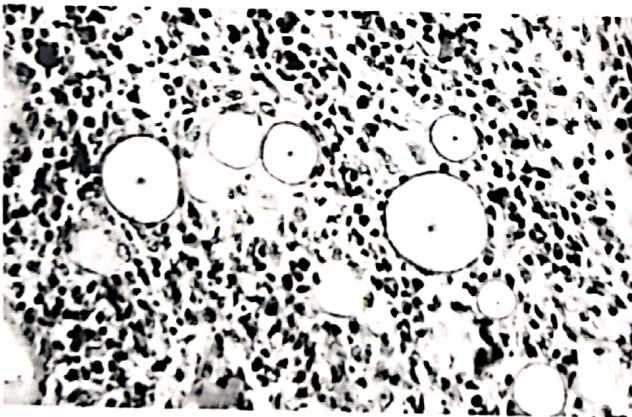


Figura 2. Esporangios con rinosporas en su interior, rodeado de un estroma conjuntivo fibrovascular. El componente inflamatorio es mixto y presenta células gigantes aisladas. (Hematoxilina-eosina). 25 x

## DISCUSIÓN

Las zonas endémicas de rinosporidiosis están dispersas en todo el mundo, predominando en regiones tropicales y subtropicales, donde existen zonas pantanosas y aguas estancadas. La mayoría de los casos de rinosporidiosis descritos en la literatura proceden de la India y de Sri Lanka<sup>3,5,11-13</sup>, seguidos de los de Brasil y de Argentina<sup>1-3</sup>.

La localización nasal de la infección, que es la más frecuente, se relaciona con baños en aguas contaminadas, en los que las personas sumergen la cabeza<sup>10</sup>. En el trabajo de Vukovic y cols. (1995), los 17 pacientes estudiados tenían en común el haberse bañado en las aguas estancadas del Silver Lake; en otros trabajos<sup>4,14</sup> también se hace referencia a esta vía de contaminación.

También es posible la diseminación por el viento o el polvo atmosférico<sup>1</sup>. La infección ocular se puede producir en regiones secas debido a tormentas de tierra; en Texas (USA), la mitad de los casos de rinosporidiosis son de localización ocular<sup>10</sup>.

La incidencia es mayor en el sexo masculino<sup>2,3,8,16</sup>, aunque Moses<sup>11</sup> no encontró predominio de sexo en la India, donde la rinosporidiosis alcanza proporciones endémicas. La menor incidencia en el sexo femenino se relaciona con aspectos socio-culturales dado que a las mujeres se les prohíbe bañarse en lugares abiertos<sup>10</sup>. Las personas más afectadas son los jóvenes<sup>3,8,9,11</sup>. No se ha demostrado que la enfermedad se transmita directamente de hombre a hombre ni de animales a hombre<sup>1</sup>.

La rinosporidiosis puede ser confundida con pólipos benignos de fosas nasales<sup>1,7</sup>, con tumores malignos o de origen embriológico<sup>7</sup>. El único tratamiento indicado actualmente es la extirpación quirúrgica de la lesión, con electrocoagulación de la base<sup>1,3,6,7</sup>. La hemorragia es una complicación frecuente de la extirpación, por lo que se recomienda el uso de bisturí eléctrico<sup>1</sup>.

El tratamiento con diaminodifenilsulfona (DDS) (Dapsona 100 mg/día durante varios meses) se aconseja para evitar las recidivas<sup>1,17</sup>. En los casos presentados no se pudo instaurar esta pauta debido a que los pacientes no comparecieron a la consulta externa del Servicio, una vez establecido el diagnóstico histopatológico.

Tampoco fue posible establecer la fuente de contagio, aunque ambos pacientes procedían de una misma área geográfica (Manhiça, Mozambique). Sin embargo, ambos eran hijos de campesinos y procedían de un área geográfica de Mozambique (Manhiça) donde la disponibilidad de agua potable es escasa y los baños en aguas estancadas de los niños son frecuentes.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universitat Autònoma de Barcelona, y en especial a los Profesores Pedro Quesada, Ishaar Dalmau y Alfonso Rodríguez-Baeza, por el soporte y orientación que nos han dado para realizar este trabajo.

## REFERENCIAS

- 1.- Negrón-Briz R. Rinosporidiosis. En: Torres-Rodríguez JM, del Palacio Herranz, Guarro-Artigas JM, Negrón-Briz R, Pereiro-Miguens M, eds. *Micología Médica*. Barcelona. Masson. 1993; 227-30.
- 2.- Torres Rodríguez JM. Infecciones de piel y mucosas por agentes de clasificación incierta. En: Torres-Rodríguez JM, ed. *Micosis que afectan piel y mucosas*. Barcelona. Ediciones Doyma. 1987; 125-7.
- 3.- Samaddar RR, Sen MK. Rhinosporidiosis in Bankura. *Indian J Pathol Microbiol* 1990; 33:129-36.
- 4.- Fredricks DN, Jolley JA, Lepp PW, Kosek JC, Relman DA. *Rhinosporidium seeberi*: a human pathogen from a novel group of aquatic protistan parasites. *Emerg Infect Dis* 2000; 6: 273-82.
- 5.- Soler Lluch E, Ruíz González M, González García J, Ruíz Martín F, García Linares C. Rinosporidiosis nasal. *Acta Otorrinolaringol* 1998; 49: 498-500.
- 6.- Kutnick SL, Kerth JD. Rhinosporidiosis. *Laryngoscope* 1976; 86: 1579-83.
- 7.- Vincent Y, Gerard M, Ermens F, Depierreux M. Tumor of the nasal cavity unusual in our region. A propos of a case of rhinosporidiosis. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1982; 36: 1021-8.
- 8.- 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: 333-7.
- 9.- Moreira Díaz EE, Milán Batista B, Eduardo Mayor González C, Yokoyama H. Rhinosporidiosis: a study of 33 cases diagnosed using biopsies at the Central Hospital of Maputo, since 1944 through 1986. *Rev Cubana Med Trop* 1989; 41: 461-72.
- 10.- Braude AI. Hongos diversos: Agentes de *Mycetoma* y *Rhinosporidium*. En: Braude AI, ed. *Microbiología Clínica*. Buenos Aires. Ed. Panamericana. 1984; 779-783
- 11.- Moses JS, Shanmugham A, Kingsly N, Vijayan JC, Balachandran C, Venkateswaren AA. Epidemiological survey of rhinosporidiosis in Kanyakumari district of Tamil Nadu. *Mycopathologia* 1988; 101: 177-9.
- 12.- Patnaik K, Vasal PC. Rhinosporidiosis presenting as urethral polyp. *Indian J Pathol Microbiol* 1994; 37: 339-42.
- 13.- Angunawela P, De Tissera A, Dissanaiké AS. Rhinosporidiosis presenting with two soft tissue tumors followed by dissemination. *Pathology* 1999; 31: 57-8.
- 14.- Radovanovic Z, Vukovic Z, Jankovic S. Attitude of involved epidemiologist toward the first European outbreak of rhinosporidiosis. *Eur J Epidemiol* 1997; 13: 157-60.
- 15.- González Nuñez MA, Rodríguez Fernández AM, Méndez Vega AR, Martí Pena J, Pérez Toril Galán J, Carapeto Márquez de Prado R. Rhinosporidiosis: presentation of 4 cases. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 689-92.
- 16.- Ratnakar C, Madhavan M, Sankaran V, Veliath AJ, Majumder NK, Rao VA. Rhinosporidiosis in Pondicherry. *J Trop Med Hyg* 1992; 95:280-3.
- 17.- Nair KK. Clinical trial of diamidodiphenylsulfone (DDS) in nasal and nasopharyngeal rhinosporidiosis. *Laryngoscope* 1979; 89: 291-5.