

Sinusitis fúngica-protozoaria

Ángel Tomás Camacho^a, Estrella Pallas^b y Jesús Silva^c

^a Laboratorio Lema-Bandín. Vigo. Servicio de Otorrinolaringología. ^bHospital Xeral-Cies. Vigo. ^cHospital Montecelo. Pontevedra.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 66 años, que consultó por obstrucción y rinorrea purulenta de fosa nasal izquierda y cefalea frontal de 3 meses de evolución. La radiología mostró ocupación del seno maxilar izquierdo. En la rinoscopia se apreciaba rinorrea purulenta en fosa nasal izquierda con edema de mucosa. Se practicó abordaje quirúrgico del seno maxilar izquierdo, vía Caldwell-Luc, obteniéndose un material caseoso y verdoso cuyo estudio anatomopatológico reveló abundantes hifas de *Aspergillus* sp. y la presencia de un protozoo flagelado (figs. 1 y 2), por probable comunicación fistulizada entre el seno maxilar y los alveolos dentarios. Se realizó limpieza y drenaje del seno dejando una amplia ventana antral, y se indicó tratamiento médico con itraconazol por vía oral. En los medios de cultivo habituales se observó crecimiento de *Aspergillus fumigatus*.

Evolución

Tras ser tratado con tratamiento específico (itraconazol) y ser drenado el absceso, el paciente presentó una evolución satisfactoria. La radiología de control a los 3 meses de la intervención mostró un seno maxilar izquierdo bien aireado y libre de lesiones.

Diagnóstico

Sinusitis por *Aspergillus* sp. y *Trichomonas* sp.

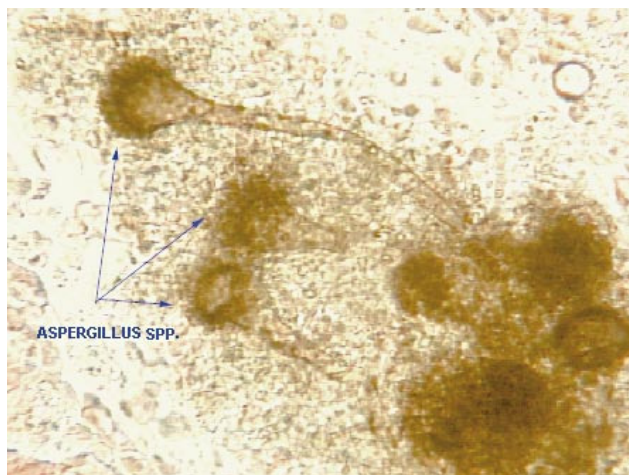


Figura 1.



Figura 2.

Comentario

Aspergillus spp. es un hongo filamentoso ampliamente distribuido en la naturaleza. Habitualmente es saprofita, pero en determinadas circunstancias se convierte en patógeno. En la especie humana afecta fundamentalmente el aparato respiratorio, y sobre todo al árbol traqueobronquial, aunque la afección nasosinusal no es rara. Puede afectar menos frecuentemente a otras localizaciones, como al oído externo o al ojo¹. De las 300 especies de *Aspergillus* sólo algunas son patógenas para el humano. De éstas las más comunes son *A. flavus*, *A. niger* y *A. fumigatus* (que es con diferencia el más frecuente)².

Correspondencia: Dr. A.T. Camacho.
Laboratorio Lema-Bandín.
Calle Lepanto 5, bajo.
36201 Vigo, Pontevedra.
Correo electrónico: atcamacho@teleline.com

Manuscrito recibido el 15-9-2000; aceptado el 15-11-2000.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2001; 19: 399-400

El 16% de las sinusitis maxilares crónicas son micóticas³ y las aspergilosis son dentro de éstas las más frecuentes^{2,4}. En los últimos años ha aumentado en gran medida el número de casos publicados, en gran parte por la mejora en los métodos diagnósticos y por el uso de tratamientos que producen inmunosupresión^{2,5,6}.

El tratamiento consiste en desbridamiento y limpieza quirúrgica del seno afectado, complementado en algunos casos con fármacos antifúngicos (anfotericina B). La anfotericina B es el quimioterápico más eficaz⁷, aunque es un fármaco que por vía sistémica produce variados y graves efectos secundarios. El itraconazol tiene una buena actividad frente a las especies de *Aspergillus*, una buena disponibilidad por vía oral y se tolera bien.

Trichomonas tenax es un flagelado piriforme al cual sólo se le conoce la fase de trofozoíto. Mide de 5 a 12 micras de longitud, es más pequeño y delgado que *T. vaginalis*, presenta cuatro flagelos libres de la misma longitud aproximadamente, y un quinto flagelo en el borde la membrana ondulante (el cual no llega al extremo posterior del cuerpo y no tiene extremo posterior libre)⁸.

T. tenax es un comensal inocuo de la boca del hombre que vive en el sarro dentario alrededor de los dientes, en células de la mucosa necrótica en los márgenes gingivales de las encías y en los abscesos purulentos de las amígdalas. Es muy resistente a los cambios de temperatura, y puede sobrevivir durante varias horas en el agua.

Aunque el mecanismo exacto de transmisión usado por *T. tenax* no se conoce, seguramente la exposición a la infección se efectúa por las gotitas de Pflügge, beso o uso

común de vasos y platos contaminados. La frecuencia de la infección varía de 0% a más del 25%, dependiendo de la exposición al contagio y al estado de la higiene oral del individuo examinado. El hallazgo de esta trichomona en la boca indica higiene oral pobre; cuando ésta mejora, el flagelado desaparece.

El diagnóstico se establece mediante el hallazgo de trichomona en el sarro dental, borde las encías o criptas amigdalinas o por las siembras del material sospechoso en los medios de cultivo adecuados.

En cuanto al tratamiento, no es necesario un tratamiento específico, pero se debe mejorar la higiene bucal.

Bibliografía

1. Contra RS, Robbins P. Pathologic basic of disease, (4ª ed). Phildelphia: Ed. Saunders, 1989; 389-390.
2. Stammberger H, Jakse R, Beaufort F. Aspergillosis of teh paranasal sinuses. X-ray diagnosis, histopathology, and clinical aspects. Ann Otol Rhinol Laryngol 1984; 93: 251-256.
3. De Gaudemar I, Ebbo D, Leconte F, Barrault S, Koubbi G, Laurier JN, Fombeur JP. Les mycoses du sinus maillaire. A propos de 40 cas. Ann Oto-Laryngol 1993; 110: 198-202.
4. Kameswaran M, Al-Wadei A, Khurana P, Okafor BC. Rhinocerebral aspergillosis. J Laryngol Otol 1992; 106: 981-985.
5. Lahoz MT, Hernández T, Martínez M, Ronchera C. Aspergillosis nasal. An ORL Iberoamericanos 1989; XVI: 439-445.
6. Hartwick RW. Aspergillosis of the nose and paranasal sinuses. Ann Otol Rhinol Laryngol 1991; 100.
7. Drutz DJ. Newer antifungal agents and their use, including an update on amphotericin B and flucytosine. En: Current clinical topics in infectious disease. (3ª Ed). McGraw Hill, 191; 97-135.
8. Craig R, Faust EC. Parasitología Clínica. (8ª ed). Barcelona: Salvat Editores, 1974; 62-63.