

Paracoccidioidomicosis, TBC y SIDA

Paracoccidioidomycosis, TB and AIDS

Lucila E. Pegoraro,¹ Baltazar A. Paniagua,² Ernesto M. Iliovich,³ Ernesto Bit Chakoch⁴
y Manuel F. Giménez⁵

RESUMEN

Presentamos un paciente de sexo masculino de 54 años con una asociación poco frecuente de tres entidades: paracoccidioidomicosis, SIDA y tuberculosis (*Dermatol. Argent., 2014, 20 (5): 344-346*).

Palabras clave:

paracoccidioidomycosis, HIV/SIDA, TBC.

ABSTRACT

We present a 54-year-old male patient with a rare presentation of an association three unrelated infections: paracoccidioidomycosis, AIDS and tuberculosis (*Dermatol. Argent., 2014, 20 (5): 344-346*).

Keywords:

paracoccidioidomycosis, HIV/AIDS, TB.

Fecha de recepción: 27/08/2014 | **Fecha de aprobación:** 03/12/2014

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 54 años, trabajador rural que consultó por lesiones cutáneas diseminadas de 3 meses de evolución y antecedentes de fiebre, tos, expectoración desde hacía 8 meses, acompañadas de artralgias, anorexia, pérdida de peso de más de 20 kg en 6 meses y mal estado general. Cumplió tercer mes de tratamiento para TBC pulmonar.

¹ Médica residente de 4° año

² Médico de planta e instructor

³ Médico de planta y ex jefe del Servicio de Infectología del Hospital Dr. Julio C. Perrando

⁴ Médico anatomopatólogo

⁵ Médico de planta, jefe de Docencia e Investigación y profesor titular de la cátedra de Dermatología de la UNNE

Centro Dermatológico Dr. Manuel M. Giménez, Ameghino 1205, Resistencia, Chaco, República Argentina.

Correspondencia: Lucila Elisabet Pegoraro. lucypegoraro@hotmail.com.ar



FOTO 1. Pápulas, tubérculos umbilicados y ulcerados.



FOTO 2. Ulceraciones en mucosa palatina.

Al examen físico dermatológico presentaba pápulas y tubérculos, algunos umbilicados, otros ulcerados diseminados. En mucosa palatina se observaban ulceraciones asintomáticas y hepatomegalia (fotos 1 y 2).

Se solicitaron estudio de laboratorio, cuyos resultados fueron: leucocitosis 14.400 mm^3 , neutrofilia (segmentados 86%, cayados 1%), linfopenia (9%) y eritrosedimentación $46 \text{ mm } 1^\circ \text{ hora}$. Serologías: paracoccidioidina $\frac{1}{4}$ dil, HIV positivo, HBV y HBC no reactivo. Examen micológico directo: elementos levaduriformes con brotes compa-

tibles con paracoccidioides y aislamiento en cultivo de *Paracoccidioides brasiliensis*. Radiografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral y difuso de aspecto reticular, a predominio parahiliar (foto 3). TAC de tórax: infiltrado intersticial de tipo reticular.

Estudio histopatológico: granulomas epitelioides que contenían elementos fúngicos (foto 4).

Por la clínica y estos estudios llegamos al diagnóstico de paracoccidioidomicosis (PCM) crónica diseminada (cutánea, mucosa y pulmonar), TBC pulmonar y SIDA.

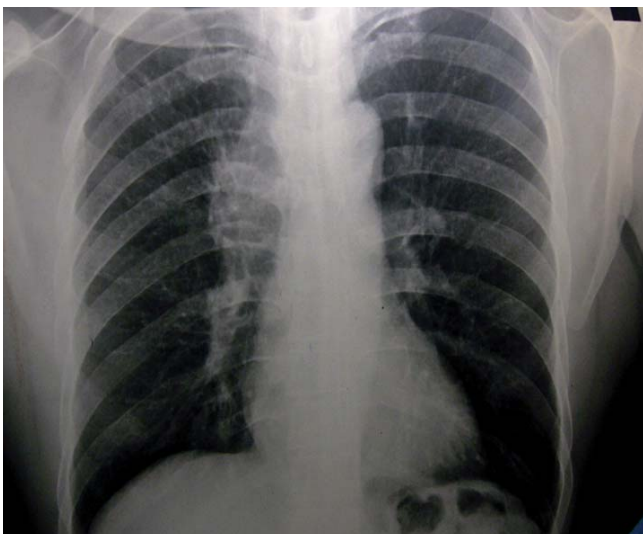


FOTO 3. Rx tórax: infiltrado intersticial bilateral y difuso de aspecto reticular a predominio hilar.

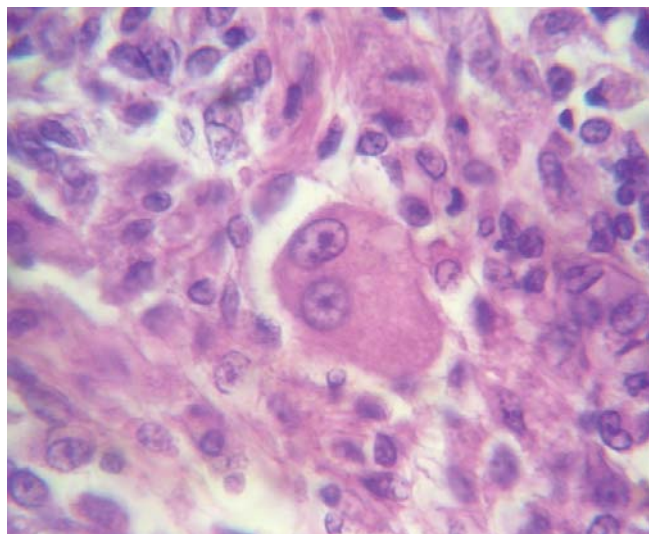


FOTO 4. Granulomas epitelioides que contienen elementos fúngicos.

Se inició el tratamiento para la PCM con itraconazol 200 mg/día, y para TBC pulmonar continuó con levofloxacina 750 mg/día y etambutol 1600 mg/día. No se indicó tratamiento para SIDA.

A las dos semanas concurrió a control y se observó una disminución de las lesiones cutáneas. Sin embargo, a los dos meses de realizado el diagnóstico, el paciente falleció por reagudización de su TBC pulmonar.

Comentarios

La PCM tiene alta prevalencia en áreas tropicales y subtropicales de América Latina. En la Argentina las provincias con mayor número de casos son Santa Fe, Chaco, Formosa, Entre Ríos, Corrientes, Misiones y Salta.¹

Usualmente la presentación clínica en pacientes HIV/SIDA suele ser una forma atípica con características tanto de enfermedad aguda, subaguda como crónica, y es el *gold standard* para el diagnóstico el examen micológico directo.

La TBC es endémica en esta área, y en pacientes con HIV aumenta 20 veces el riesgo de reactivación de formas latentes. Esta coinfección realiza un efecto sinérgico negativo sobre el sistema inmune, favoreciendo aún más las infecciones oportunistas.² La asociación de PCM/TBC/sida se comunicó principalmente en Brasil y Chile.^{3,4}

Por lo anteriormente mencionado presentamos nuestro caso, donde probablemente éste haya sido el mecanismo patogénico. Por ello, se debe pensar, ante un paciente inmunosuprimido que consulta por lesiones cutáneas moluscoideas, en histoplasmosis, criptococosis, aspergilosis y también en PCM.

Estos pacientes evolucionan más rápido a cuadros graves, las recaídas son más frecuentes y tienen una mayor tasa de mortalidad.

Algunos autores sugieren considerar la PCM en América Latina como enfermedad marcadora de HIV.⁵

El tratamiento de primera elección es con itraconazol 200 mg/día durante 6 a 12 meses; otra opción reservada para pacientes inmunocomprometidos o quienes no pueden recibir medicación por vía oral es la anfotericina B desoxicolato, dosis 0,8-1 mg/kg/día sin exceder 1,5-2 gramos en total, o anfotericina liposomal 3-4 mg/kg/día por tiempo

variable de acuerdo con la evolución, con menos efectos adversos que la anterior pero de mayor costo.^{6,7} Otra alternativa, en los casos asociados a tuberculosis, es trimetoprima sulfametoazol oral o intravenoso, hasta terminar el tratamiento de la tuberculosis por la interacción con la rifampicina y luego continuar con itraconazol, con el fin de reducir el lapso de tratamiento y evitar las recidivas.^{8,9}

Es importante el seguimiento de estos pacientes con controles trimestrales clínicos, serológicos y radiológicos durante 2 años, y luego en forma anual, ya que no existe garantía de curación definitiva.

Es imprescindible conocer las manifestaciones clínicas de las patologías regionales en pacientes con diferentes perfiles inmunológicos, considerando las probables asociaciones que pueden presentarse en pacientes inmunosuprimidos.

Bibliografía

1. Negroni P., Negroni R. *Micosis cutáneas y viscerales*, novena edición, 1990.
2. Pawlowski A., Jansson M., Sko M., Rottemberg M. et al. Tuberculosis and HIV Co-Infection, *PLOS. Pathog*, 2012, 8: 2.
3. Nogueira S., Caiuby J., Vasconcelos V., Halpern M. et al. Paracoccidiodomycosis and tuberculosis in AIDS patients: Report of two cases in Brazil, *Intern. J. Infect. Dis.*, 1998, 2: 168-172.
4. Nunura R., Salazar M., Vásquez T., Endo G. et al. Paracoccidiodomycosis y TBC-MR en portador de VIH/VHC, *Rev. Chil. Infect.*, 2010, 27: 551-555.
5. Nogueira L., Santos M., Ferreira L., Talhari C. et al. Paracoccidiodomycosis asociada a Aids em paciente com a contagem total de quatro células T, CD4+, *An. Bras. Dermatol.*, 2011, 86: 129-132.
6. Guglielmino C., Ivanov M., Vereá M., Ipecotche D. Paracoccidiodomycosis: Presentación de la casuística de 10 años y revisión de la literatura, *Arch. Argent. Dermatol.*, 2012, 62: 92-97.
7. Giménez M. F. Paracoccidiodomycosis, *Act. Terap. Dermatol.*, 1998, 21: 182-190.
8. Negroni R. Paracoccidiodomycosis brasiliensis. En: Yu V., Weber R., Raoult D. (Ed.), *Antimicrobial therapy and Vaccines*, 2nd Edition, Apple Trees Productions, L. L.C. New York, 2002, 1097-1105.
9. Negroni R., Anstead G., Graybill J. Paracoccidiodomycosis. Chapter 86. En: Guerrant R, Walker D, Weller P. *Tropical infectious Disease, Principles, Pathogenesis & Practis*, 3rd. Edition Elsevier Saunders, Edinburgh, London, New York, 2011, 582-585.