

Paracoccidioidomicosis con afectación mucocutánea

Paracoccidioidomycosis with mucocutaneous involvement

María Eugenia Taberna,¹ Hernán Bisiach,¹ Mónica Recarte,² Marta Fritschy³ y Aníbal Maciá⁴

RESUMEN

La paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica endémica de zonas rurales de América Latina. Se comunica el caso de un paciente varón de 51 años, trabajador en la cosecha de algodón en Chaco, que presentó una lesión perianal ulcerada y otra lesión sobreelevada e indurada en el paladar. El diagnóstico de paracoccidioidomicosis se estableció sobre la base de los hallazgos histopatológicos, la obtención de cultivos con aislamiento de *Paracoccidioides brasiliensis* y el resultado de la reacción de inmunodifusión. Se realizó tratamiento con itraconazol, con evolución favorable (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(4): 323-325).

Palabras clave:

paracoccidioidomicosis, lesión perianal, itraconazol.

ABSTRACT

Paracoccidioidomycosis is a systemic mycosis, endemic in rural areas of Latin America. We report the case of a 51 year-old man, cotton-harvest worker in the province of Chaco. He presented a perianal ulcer as well as a raised and infiltrated palate lesion. The diagnosis of paracoccidioidomycosis was established upon histopathological findings, the isolation of *Paracoccidioides brasiliensis* on cultures, and the results from immunodiffusion reaction. Itraconazol was given with favorable outcome (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(4): 323-325).

Keywords:

paracoccidioidomycosis-perianal lesion-itraconazol

Fecha de recepción: 15/07/2010 | Fecha de aprobación: 07/04/2011

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 51 años de edad, tabaquista (40 paquetes/año), procedente de la provincia de Chaco, trabajador en la cosecha de algodón. Consultó por una lesión ulcerada perianal de 18 meses de evolución, y además, 6 meses después, odinofagia, disglusia y pérdida de 12 kg de peso, aproximadamente. Al examen físico se constató una lesión perianal, ulcerada, indurada, dolorosa, eritematosa, de 8 x 13 cm, de bordes eritemato-violáceos, sobreelevados y festoneados, con fondo petequiral, granulomatoso y secretante (foto 1). En la orofaringe, a nivel del paladar blando, se observó una lesión verrugosa, indurada, de superficie irregular, eritematosa, con fondo petequiral. Presentó además adenopatías laterocervicales y subángulo mandibulares de 3 cm de diámetro, duras, fijas a planos profundos e indoloras. Los exámenes de laboratorio demostraron: anemia ferropénica, leucocitosis: 12600/mm³, VES 103 mm/1º hora; función renal, glicemia, calcemia y hepatograma dentro de parámetros normales. HIV y VDRL no reactivos, Chagas reactivo.

En la radiografía de tórax se observó un infiltrado reticulonodulillar difuso bilateral (foto 2).

La ecografía de abdomen no presentó alteraciones. El estudio micológico directo y cultivo de la lesión perianal (a 28° en medio agar Sabouraud glucosa, agar Sabouraud glucosa con cloranfenicol y

¹ Médicos de 3º año de la carrera de posgrado en Dermatología (UNR)

² Profesora adjunta a cargo de la extensión de cátedra de Dermatología (HIC)

³ Jefa del Servicio de Patología

⁴ Jefe del Servicio de Dermatología

Hospital Intendente Carrasco, Boulevard Avellaneda 1400, Rosario, Santa Fe, República Argentina.

Correspondencia: María Eugenia Taberna, Santiago 812 2º C, CP 2000, Rosario, Santa Fe. eugeniataberna@hotmail.com



Foto 1. Lesión ulcerada perianal, eritematosa, indurada, bordes eritemato-violáceos, sobrelevados y festoneados, con fondo petequial, granulomatoso y secretante.



Foto 2. Rx tórax: infiltrado reticulonodular difuso bilateral.

agar Mycosel, y cultivo a 37° en medio agar sangre y agar Sabouraud glucosa) evidenció levaduras multigemantes y crecimiento de un hongo dimorfo compatible con *Paracoccidioides brasiliensis*. La serología por inmunodifusión con paracoccidioidina fue positiva, con una dilución de 1/16. El estudio histopatológico de la lesión perianal informó hiperplasia pseudoepiteliomatosa y áreas de supuración con formación de microabscesos epidérmicos. En la dermis se observó intenso edema e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y polimorfonuclear con formación de granulomas epitelioides con células gigantes. Englobados por estas últimas se reconoció la presencia de esporos micóticos PAS (+) de 8 a 10 micras, algunos con brotes periféricos (foto 3). En la histopatología de la lesión del paladar se observó hiperplasia pseudoepiteliomatosa de la mucosa yugal, asociada a micosis profunda compatible con paracoccidioidomicosis. Con el diagnóstico de paracoccidioidomicosis, comenzó tratamiento con itraconazol, 400 mg/día (200 mg cada 12 hs) por vía oral, con mejoría de la disglusia y de la lesión oral y perianal en la primera semana de tratamiento. Presentó buena evolución a los 4 meses de tratamiento (foto 4).

Comentario

La paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica endémica de América Latina.¹⁻² El agente etiológico es el *Paracoccidioides brasiliensis*. Las defensas inmunes del huésped están directamente relacionadas con la forma clínica y con la gravedad de la micosis.³⁻⁶ Por lo general se manifiesta como una enfermedad progresiva crónica. Afecta principalmente a hombres (10:1), de 40 a 60 años, y es más común en los trabajadores rurales (90%).^{1-2,4}

La vía de infección sigue siendo cuestión de debate. Inicialmente se postuló una implantación traumática en personas con hábito de limpieza anal con hojas y astillas contaminadas. Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de los investigadores acepta la teoría de la inhalación. No obstante, algunos casos con compromiso cutáneo podrían explicarse por penetración directa del hongo a través de la piel.¹⁻⁶ El órgano afectado con mayor frecuencia en el adulto es el pulmón en el 90% de los casos, seguido de la presentación mucocutánea y, menos frecuente, el compromiso ganglionar.^{1,7-8} Las lesiones mucosas se presentan en la boca (labios, encías, paladar), la faringe, la laringe o en la nariz. Las lesiones cutáneas tienen un aspecto variable; tienden a aparecer alrededor de los orificios naturales, la cara y en las extremidades inferiores.

El diagnóstico es relativamente fácil y básicamente consiste en la detección de elementos fúngicos sugestivos de *Paracoccidioides brasiliensis* en muestras de esputo, exudados o pus y/o en material de biopsia. En la histopatología se recurre a tinciones especiales con PAS o a la metenamina de plata de Grocott, con el propósito de mejorar la observación del hongo.^{1-4,9} La serología es útil no sólo para el diagnóstico,

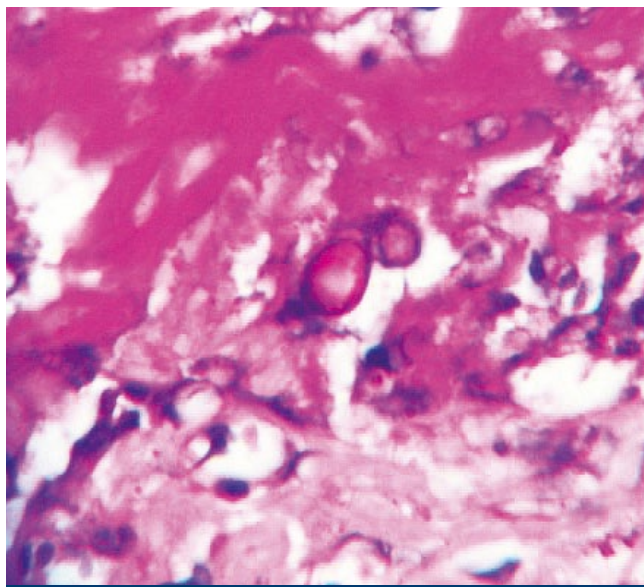


Foto 3. Levaduras de pared gruesa PAS (+) con yema periférica de 8 a 10 micras de diámetro.

sino también para el seguimiento de la enfermedad, y permite evaluar, además, la respuesta al tratamiento.^{3-7,9} Si tiene en cuenta el IX International Meeting on Paracoccidioidomycosis, realizado en San Pablo, Brasil, en octubre de 2005, las drogas de elección son trimetoprima/sulfametoxazol e itraconazol, y anfotericina B sólo en casos graves como tratamiento endovenoso inicial (1 mg/kg/día).^{4-5,10} No existe un consenso que determine la duración y los criterios de finalización del tratamiento.⁴ En las formas leves o moderadas de la enfermedad, el tratamiento de elección es itraconazol (100-400 mg/día por vía oral),^{4-6,10} administrado durante 6 a 9 meses en las formas leves, 12 a 18 meses en las formas moderadas, y 18 a 24 meses en las formas graves.⁵⁻⁶ No obstante, la duración del tratamiento dependerá de la respuesta clínica, micológica, radiológica y serológica de la enfermedad.⁴⁻⁶

El paciente del caso clínico que se describe presentó una lesión en la mucosa oral y otra lesión cutánea perianal compatible con paracoccidioidomicosis. Se instauró tratamiento con itraconazol por vía oral durante 6 meses, ya que se interpretó como una forma leve a moderada de la enfermedad, con buena tolerancia del medicamento y aceptable respuesta clínica.

Bibliografía

1. Ángela Rastrepo. Paracoccidioides brasiliensis. Mandell J., Bennett I., Dolin R. *Enfermedades infecciosas: principios y práctica*, Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2004, 2: 3346-3351.
2. Negroni R. Paracoccidioidomycosis. Palmieri O. *Enfermedades infecciosas*, Ed. McGraw-Hill Interamericana, Santiago, Chile, 2001: 382-385.
3. Bustinduy M., Guimerá F., Arévalos P., Castro C. et al. Cutaneous primary paracoccidioidomycosis, *JEADV*, 2000, 14, 113-117.



Foto 4. Respuesta clínica luego de 4 meses de iniciado el tratamiento.

4. Ramos-e-Silva M., Do Espírito Santo Saraiva L. Paracoccidioidomycosis, *Dermatol. Clin.*, 2008, 26: 257-269.
5. Shikanai-Yasuda M., De Queiroz Telles Filho F., Mendes R., Lopes Colombo A., et al. Consenso em paracoccidioidomycose (Guidelines in paracoccidioidomycosis), *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 2006, 39: 297-310.
6. Ferreira M. Paracoccidioidomycosis, *Paediatr. Respir. Rev.*, 2009, 10:161-165.
7. Loreto T., Pérez Alfonzo R., Cavallera E., Oliver M. Paracoccidioidomycosis: Presentación inusual, *Dermatología Venezolana*, 2003, 41: 19-22.
8. Do Valle A.C., Guimaraes M.R., Lopes D.J., Capone D. Thoracic radiologic aspects in paracoccidioidomycosis, *Rev. Insti. Med. Trop.*, Sao Paulo, 1992, 34: 107-115.
9. Bousquet A., Dussart C., Drouillard I., Charbel E. et al. Mycoses d'importation: le point sur la paracoccidioidomycose. Imported mycosis: a review of paracoccidioidomycosis, *Med. Mal. Infect.*, 2007, 37: S210-S214.
10. Gilbert D., Moellering R., Eliopoulos G., Chambers H. et al. Tratamiento de las infecciones micóticas, *Guía Sanford de Terapéutica Antimicrobiana*, Ed. Médica A.W.W.E. S.A., Buenos Aires, 2009, 117-122.