

CASOS CLÍNICOS

Paracoccidioidomycosis diseminada asociada a tuberculosis ganglionar en paciente inmunocompetente

Disseminated paracoccidioidomycosis associated with tuberculous lymphadenitis in an immunocompetent patient

Ayelén Guzmán¹, Diego Martín Lorienté², Carmen Alfaro³ y Patricia Silvia Della Giovanna⁴

RESUMEN

La paracoccidioidomycosis es una micosis profunda granulomatosa producida por el hongo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, endémico en Brasil, la Argentina, Venezuela y Colombia, con distribución en zonas tropicales y subtropicales. Presentamos el caso de un paciente de 23 años, sin antecedentes patológicos relevantes, diagnosticado con paracoccidio-

domycosis diseminada y tuberculosis ganglionar. La asociación de ambas entidades plantea un desafío diagnóstico. Se destaca la importancia de la sospecha clínica temprana y el abordaje multidisciplinario.

Palabras clave: paracoccidioidomycosis diseminada, tuberculosis ganglionar, huésped inmunocompetente.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 141-143

ABSTRACT

Paracoccidioidomycosis is a deep granulomatous mycosis caused by the dimorphic fungus Paracoccidioides brasiliensis, endemic to Brazil, Argentina, Venezuela, and Colombia, distributed in tropical and subtropical regions. We describe the case of a 23-year-old patient with no relevant medical history, diagnosed with disseminated paracoccidioidomycosis and

tuberculous lymphadenitis. Considering that the association of these two entities represents a diagnostic challenge, the importance of an early clinical suspicion and a multidisciplinary approach is underlined.

Key words: disseminated paracoccidioidomycosis, tuberculous lymphadenitis, immunocompetent host.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 141-143

¹ Médica Becaria en Dermatología

² Médico Especialista en Dermatología

³ Médica Especialista en Anatomía Patológica

⁴ Médica Especialista en Dermatología, Jefa del Servicio de Dermatología
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Ayelén Guzmán

E-mail: ayelensguzman@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 15/4/2025

Fecha de trabajo aceptado: 10/11/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 23 años, nacido y residente en Jujuy, sin antecedentes patológicos relevantes, de profesión enfermero, que consultó por una dermatosis de 6 meses de evolución localizada en la cara y el tronco. Al examen dermatológico se evidenciaba la presencia de múltiples úlceras de bordes definidos, algunas cubiertas por costras, indoloras (Fotos 1 y 2). En asociación con las manifestaciones cutáneas, el paciente presentaba fiebre persistente, poliadenopatías y pérdida de peso superior a los 10 kg. En las últimas semanas manifestó dolor abdominal, diarrea e intolerancia a la ingesta oral por lo que se decidió su internación.

El estudio histopatológico de una lesión facial, teñido con hematoxilina-eosina, informó denso infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, plasmocitos, histiocitos epitelioides y células gigantes multinucleadas con numerosas formas levaduriformes redondeadas. La tinción de Grocott-Gomori mostró levaduras esféricas con gemación periférica múltiple compatible con *Paracoccidioides spp.* (Fotos 3 y 4). El cultivo por biopsia escisional de un ganglio cervical presentó aislamiento de *Paracoccidioides brasiliensis*.

En el contexto de síntomas digestivos y hallazgos tomográficos que evidenciaron un engrosamiento parietal del colon ascendente y ciego, se realizó una videocolo-

noscofia (VCC) e ileoscofia, en las cuales también se aisló el mismo hongo. Por otro lado, mediante la técnica molecular GenXpert, que permite la detección de *Mycobacterium tuberculosis* a través de la amplificación de ácidos nucleicos, se obtuvo el microorganismo en la muestra escisional del ganglio cervical.

La tomografía de cuello, tórax, abdomen y pelvis además evidenció múltiples adenopatías cervicales, mediastínicas, retroperitoneales e inguinales, compatibles con la sospecha de infección diseminada.

Se solicitaron estudios serológicos para VIH y hepatitis virales, y estudios adicionales para descartar inmunodeficiencias primarias y secundarias; todos los resultados fueron negativos. Tampoco se identificó otro factor predisponente como desnutrición, alcoholismo ni exposición a contactos con enfermedades infecciosas.

En función de los hallazgos clínicos y los estudios complementarios se estableció el diagnóstico de paracoccidioidomycosis diseminada asociada a tuberculosis ganglionar.

Se inició tratamiento de inducción con anfotericina B liposomal 250 mg/día durante 2 semanas continuando con itraconazol 200 mg/día; en paralelo se administró tratamiento antituberculoso de fase intensiva con esquema alternativo para evitar interacciones farmacológicas: con isoniazida 300 mg/día, pirazinamida 1600 mg/día, etambutol 1200 mg/día y levofloxacina 750 mg día durante 2 meses. El paciente evolucionó favorablemente, recibió el alta hospitalaria y retornó a su ciudad de residencia, con indicación de completar el tratamiento con itraconazol y la fase de consolidación de antifúngicos por un total de 12 meses.



FOTO 1: Compromiso de la hemicara izquierda. Se observan múltiples úlceras y placas costrosas de bordes bien definidos, localizadas en la mejilla, la región preauricular y el ángulo mandibular.



FOTO 2: Compromiso de la hemicara derecha. Aspecto clínico posterior a la biopsia ganglionar cervical izquierda (puntos de sutura visibles), con lesiones en involución y placas eritematovioláceas residuales.

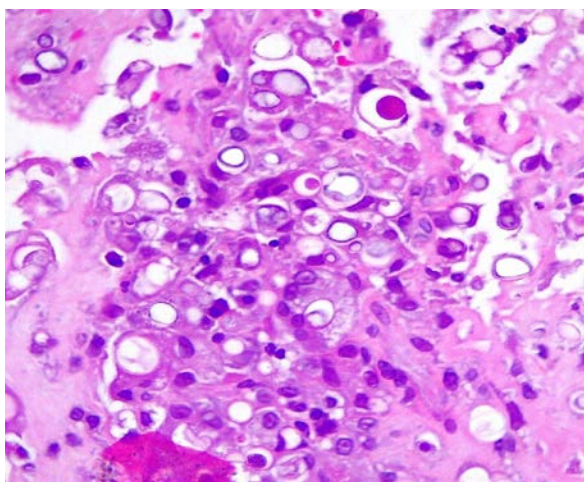


FOTO 3: Se observa un infiltrado inflamatorio granulomatoso con abundantes formas levaduriformes redondeadas, algunas con gemación, compatibles con *Paracoccidioides* spp. (HyE, 40X).

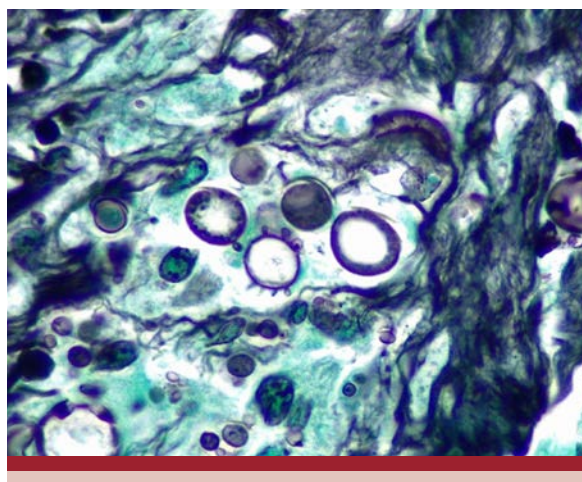


FOTO 4: Se evidencian levaduras esféricas con paredes gruesas y gemaciones múltiples periféricas que conforman la típica imagen en "rueda de timón", característica de *Paracoccidioides* spp. Tinción de Grocott-Gomori (metenamina-plata, 100X).

COMENTARIOS

La paracoccidioidomicosis es una micosis profunda, sistémica y crónica endémica en América Latina, causada por *Paracoccidioides brasiliensis*, un saprófito dimórfo presente en los suelos y en la vegetación de zonas húmedas tropicales y subtropicales. Esta entidad tiene una mayor prevalencia en hombres, trabajadores rurales de entre 30 y 50 años. Si bien en nuestro país la enfermedad es más frecuente en el noreste argentino, el caso difiere de esta tendencia ya que se trata de un joven que reside en la ciudad de Ledesma (Jujuy), que no posee antecedentes de exposición laboral en áreas rurales.

La paracoccidioidomicosis suele afectar inicialmente las vías respiratorias, pudiendo diseminarse a otros órganos y tejidos como la piel, las membranas mucosas, el tubo digestivo, el bazo, las glándulas suprarrenales y los ganglios linfáticos¹.

Puede presentarse en inmunocomprometidos asociada a otras enfermedades infecciosas lo que incrementa la complejidad del diagnóstico y el tratamiento². Los casos en jóvenes inmunocompetentes, como el descrito, pueden representar un desafío diagnóstico debido a la ausencia de factores epidemiológicos clásicos.

La coinfección por paracoccidioidomicosis y tuberculosis (TBC) en pacientes inmunosuprimidos es un hallazgo poco frecuente, tanto en la Argentina como en el resto de América Latina. Según los datos disponibles en la literatura, su prevalencia varía entre el 5,5% y el 19%³.

Un estudio seroepidemiológico realizado en la provincia del Chaco reportó una sensibilidad para la detección de anticuerpos contra *Paracoccidioides brasiliensis* que oscila entre el 84,5% y el 92,7% en pacien-

tes con inmunodeficiencia⁴. Sin embargo, no se han encontrado publicaciones acerca de la prevalencia de esta coinfección en pacientes inmunocompetentes.

Las lesiones cutáneas de la paracoccidioidomicosis tienen un aspecto variado; suelen ser úlceras de bordes definidos que tienden a aparecer especialmente alrededor de los orificios naturales, la cara y en las extremidades inferiores⁵. Es posible la diseminación a órganos internos, como el tracto gastrointestinal y los ganglios linfáticos. En nuestro paciente se evidenció, además, la coexistencia de tuberculosis ganglionar, lo que dificultó aún más el diagnóstico⁶.

El diagnóstico definitivo en nuestro caso, al igual que lo publicado en la literatura, se fundamentó en la detección de elementos fúngicos en la muestra de biopsia mediante el uso de tinciones especiales, como PAS y metenamina de plata de Grocott⁷.

Si bien el tratamiento de elección para la paracoccidioidomicosis es el itraconazol, en casos graves como el presentado fue necesario utilizar anfotericina B en su forma liposomal para el control de la infección sistémica⁸. La tuberculosis ganglionar, por su parte, se trató con un esquema alternativo de antifúngicos.

Resaltamos la importancia de las lesiones cutáneas como indicadores clave en la sospecha clínica para un diagnóstico temprano. La coinfección de paracoccidioidomicosis y tuberculosis, aunque poco frecuente, debe ser contemplada en el diagnóstico diferencial ante casos de presentación compleja, ya que, de no ser tratada, es potencialmente mortal⁹. Un abordaje temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para una evolución favorable y evitar complicaciones serias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boni E, Elewski BE, Hughey LC, Marchionni-Hunt K, et al. Enfermedades fúngicas. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, et al. *Dermatología*. Ed. Elsevier, Barcelona, 2018:1356-1357.
2. Dawaher J, Colella MT, Roselló A, Pérez C, et al. Paracoccidioidomicosis: clínica, epidemiología y tratamiento. *Kasmera*. 2012;40:115-122.
3. Drummond-Suinaga T, Gómez-Peña G del V, Blanco-Arandia PA. Paracoccidioidomicosis juvenil diseminada y tuberculosis miliar: reporte de un caso. *Rev Panam Enferm Infecc*. 2022;5:e2.
4. Giusiano G, Tracogna F, Santiso G, Rojas F, et al. Clinical and demographic features of paracoccidioidomycosis in Argentina: a multicenter study analysis of 466 cases. *J Fungi (Basel)*. 2023;9:482.
5. Taberna ME, Bisiach H, Recarte M, Frítschy M, et al. Paracoccidioidomicosis con afectación mucocutánea. *Dermatol Argent*. 2011;17:213-218.
6. Sanabria-Peña CL, Alarcón-Tarazona ML, Alarcón IE, Jaimés-Daza MF. Paracoccidioidomicosis: una enfermedad multisistémica. *Acta Med Colomb*. 2018;43:111-114.
7. Tangarife-Castaño VJ, Flórez-Muñoz SV, Mesa-Arango AC. Diagnóstico micológico: de los métodos convencionales a los moleculares. *Medicina & Laboratorio*. 2015;21: 211-242.
8. Pegoraro LE, Paniagua BA, Iliovich EM, Bit Chakoch E, et al. Paracoccidioidomicosis, TBC y SIDA. *Dermatol Argent*. 2014;20:344-346.
9. Quagliato-Júnior R, Grangeia T de A, Massucio RA, De Capitani EM, et al. Association between paracoccidioidomycosis and tuberculosis: reality and misdiagnosis. *J Bras Pneumol*. 2007;33:295-300.