

Paracoccidioidomycosis cutánea

Comunicación de un caso

Maria Belén Diez¹, Ana Lucia Montardit², Pablo Sanz³, Jesica E. Radonich³, Florencia Galván³, Mauro Etcheverry⁴, Eliana Céfaló⁵ y Miguel Angel Mazzini⁶

RESUMEN

La paracoccidioidomycosis es una micosis profunda, causada por el *Paracoccidioides brasiliensis*, hongo dimórfico que se localiza en el suelo de áreas endémicas. Se caracteriza por presentar lesiones cutáneomucosas y fundamentalmente de las vías respiratorias. El diagnóstico se realiza por examen directo, cultivo y la histopatología. El tratamiento de elección es el itraconazol. Se comunica el caso de un paciente de sexo masculino, de 43 años de edad, con diagnóstico de paracoccidioidomycosis cutánea crónica del adulto que tuvo buena respuesta al tratamiento con itraconazol.

Palabras clave: paracoccidioidomycosis cutánea, blastomicosis sudamericana, *Paracoccidioides brasiliensis*

ABSTRACT

Cutaneous paracoccidioidomycosis. Case report

Paracoccidioidomycosis is a deep mycosis caused by *Paracoccidioides brasiliensis*, a dimorphic fungus located on the soil of endemic areas. It is characterized by skin lesions and mainly by the respiratory tract. Diagnosis is made by direct examination, culture and histopathology. Chosen treatment is itraconazole. A 43-year-old male patient with adult chronic cutaneous paracoccidioidomycosis diagnosis and good response to treatment with itraconazole is reported.

Key words: cutaneous paracoccidioidomycosis, southamerican blastomycosis, *Paracoccidioides brasiliensis*

► INTRODUCCIÓN

La **paracoccidioidomycosis**, o blastomicosis sudamericana, es una micosis sistémica, granulomatosa, de evolución subaguda o crónica, producida por un hongo dimorfo denominado *Paracoccidioides brasiliensis*. Es endémica en zonas tropicales y subtropicales, desde México hasta Argentina. La mayor incidencia se observa en hombres adultos que realizan tareas rurales. El espectro clínico depende de las características inmunológicas del paciente, siendo la forma más frecuente la paracoccidioidomycosis crónica del adulto.

► CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente de sexo masculino, de 43 años de edad, trabajador rural, que consultó a nuestro servicio por una dermatosis de un mes de evolución. Al **examen físico** presentaba placas eritematocostrosas infiltradas, asintomáticas, localizadas en ala nasal izquierda, labio superior, mentón y parte superior del tronco (Figs. 1 y 2). Además presentaba una úlcera de bordes netos y fondo limpio localizada en encía superior (Fig. 3). Había realizado tratamiento con antibióticos y corticoides tópicos, sin res-

¹ Médica Cursista

² Jefa de residentes

³ Médico residente

⁴ Médico de planta

⁵ Médica de planta del Servicio de Anatomía Patológica

⁶ Jefe del Servicio de Dermatología

Servicio de Dermatología. Hospital Churrucá. Uspallata 3400 (1437) Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: belendiez.bd@gmail.com

puesta. Al interrogatorio dirigido refería leve astenia. Con diagnóstico presuntivo de paracoccidioidomicosis cutánea se solicitaron estudios de laboratorio y TAC de tórax, que se encontraron dentro de parámetros normales. Se realizó biopsia de piel de ala nasal izquierda.

El estudio anatomopatológico evidenció epidermis con paraqueratosis, acantosis, espongiosis y exocitosis neutrofilica. Además la presencia de numerosos granulomas con neutrófilos localizados en dermis. Tanto en las secciones coloreadas con hematoxilina-eosina, como con PAS y Grocott, se visualizaron elementos micóticos grandes, circulares, de doble pared, con brotes periféricos, configurando imagen en rueda de timón. Estos hallazgos fueron compatibles con paracoccidioidomicosis (Fig. 4).

Con diagnóstico de paracoccidioidomicosis forma crónica del adulto, realizó tratamiento con itraconazol 400 mg/día por 3 meses y actualmente continúa con 200 mg/día, con buena respuesta y remisión completa de las lesiones cutáneas.

► DISCUSIÓN

La paracoccidioidomicosis (PCM) es una micosis profunda, sistémica, granulomatosa y supurativa, endémica en áreas rurales de América central y del sur, producida por un hongo dimorfo denominado *Paracoccidioides bra-*

*siliensis (P. brasiliensis)*¹⁻⁵. Se desconoce su reservorio en la naturaleza; sin embargo, se ha logrado aislarlo en suelos húmedos y en materia vegetal en descomposición⁶.

Fue descrita por primera vez en 1908 por Adolfo Lutz en Brasil, quien la denominó "hifoblastomicosis pseudococcidial"^{5,7}. Prevalece en individuos entre los 30 y 50 años con predominio del sexo masculino. Es más frecuente en trabajadores rurales^{1,4,8-10}. La infección se adquiere por inhalación de conidias del suelo contaminado. La mayoría de los infectados no desarrollan la enfermedad; pero generalmente la primoinfección es pulmonar asintomática que posteriormente puede diseminarse por vía linfohemática. El hongo puede permanecer en forma latente dentro del nódulo linfático y con el tiempo manifestarse clínicamente con lesiones en piel, mucosas y otros órganos. En algunos casos se ha demostrado contagio directo posterior a traumatismos, sobre todo a nivel de las mucosas, en agricultores que acostumbran a masticar hojas. En las mujeres, la infección no se presenta en edad fértil. Esto se debe a la presencia de receptores de 17 b-estradiol que al interactuar con la hormona inhiben la transformación a la forma levaduriforme del hongo (forma parasitaria)^{3,6,7,10,11}.

El espectro clínico está determinado por la relación agente-huésped². Se las puede clasificar en formas asintomática, aguda/subaguda, crónica y residual^{2,4,6}. La forma asintomática o paracoccidioidomicosis infección se



Fig. 1: Placas eritemato-costrosas en ala nasal izquierda.



Fig. 2: Lesiones eritemato-costrosas en mentón.



Fig. 3: Úlceras de bordes netos en encía superior

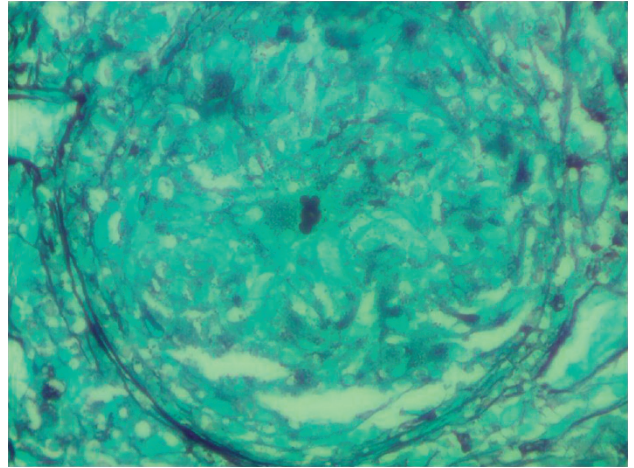


Fig. 4: Elementos micóticos con brotes periféricos, imagen en "rueda de timón" (técnica de Grocott 10X).

determina mediante la prueba intradérmica positiva en personas sin lesiones⁶. La forma aguda/subaguda (juvenil) es frecuente en niños y jóvenes. Se caracteriza por presentar poliadenopatías, mal estado general y compromiso del aparato osteoarticular^{5,6}. Se relaciona con una función inmune severamente deprimida⁶. La forma crónica (del adulto) corresponde al 90 % de los pacientes en nuestro país^{5,6}. El órgano más afectado es el pulmón, seguido por las lesiones mucocutáneas y, en menor medida, el compromiso ganglionar^{5,6}. La mucosa bucofaringea se afecta con mayor frecuencia. Son características la estomatitis moriforme, que se presenta como ulceraciones irregulares, indoloras, de fondo granulomatoso cubiertas de puntos hemorrágicos y el labio trombofórmico o boca de tapir^{4,6}. Pueden observarse lesiones gingivales que llevan a la pérdida de piezas dentarias⁶. Otras zonas comprometidas son la faringe, laringe y tráquea que se manifiestan clínicamente con disfonía o afonía^{4,6}. Las lesiones cutáneas pueden ser papulosas, vegetantes y úlcero-vegetantes³. Predominan en cara y cerca de los orificios naturales⁷. La lesión más frecuente es una pápula o nódulo eritemato-violáceo que se ulcera secundariamente y presenta en ocasiones una costra serohemática^{6,7}. Finalmente, la forma residual corresponde a las secuelas post tratamiento como fibrosis, calcificaciones o nódulos pulmonares^{5,6}.

Arch. Argent. Dermatol. 2016; 66 (6): 178-181

El **diagnóstico** se confirma mediante el examen directo de las lesiones o la histología. Los cultivos, en la mayoría de los casos, son negativos. En el examen directo se observan las formas levaduriformes con la típica imagen en rueda de timón^{4,6}. La histopatología permite la visualización de las estructuras fúngicas mediante tinciones con hematoxilina-eosina, PAS o Grocott Gomori⁶. La serología es útil, no solo para el diagnóstico, sino también para el seguimiento de la enfermedad y el tratamiento. Por último, la prueba cutánea con paracoccidioidina no es de gran utilidad porque marca positividad en pacientes infectados sin enfermedad evolutiva^{2,9}.

Debido a la gran variedad de manifestaciones clínicas, los **diagnósticos diferenciales** son amplios. Los planteados en nuestro caso fueron: histoplasmosis, leishmaniasis, lupus eritematoso sistémico, secundarismo sifilítico, enfermedad de Hansen y tuberculosis^{4,5}.

El manejo terapéutico debe incluir el **tratamiento antifúngico específico** y las medidas de apoyo a las complicaciones clínicas por el compromiso de los distintos órganos. A diferencia de otros hongos, el *P. brasiliensis* es sensible a la mayoría de los antimicóticos⁷. El tratamiento de elección es el itraconazol 100-400 mg/día por 6 a 9 meses en las formas leves y en las formas moderadas por 12 a 18 meses^{7,9}. No obstante, la duración del tratamiento dependerá de la respuesta clínica, serológica y micológica⁹. Está contraindicado en pacientes con enfermedades hepáticas, embarazadas o durante la lactancia. Las reacciones adversas más frecuentes son dispepsias, náuseas, vómitos y aumento de las transaminasas. Debe realizarse monitoreo de las enzimas hepáticas cada 4 meses durante el tratamiento continuo⁴. Otra alternativa es el ketoconazol 400 mg/día durante 3 meses y se mantiene 200 mg/día al menos por un año. La trimetoprima-sulfametoxazol en dosis de 160-240/800-1200 mg, si bien es eficaz, necesita un lapso prolongado de tratamiento, alrededor de 2 años⁴.

En los casos severos o en aquellos que no pueden recibir medicación por vía oral se administra anfotericina B 1mg/kg/día de forma endovenosa^{3,4,7}. En pacientes con formas sistémicas severas, el retraso en el tratamiento aumenta la mortalidad y permite la aparición de secuelas potencialmente incapacitantes⁶.

► CONCLUSIÓN

La PCM es una patología de baja frecuencia que representa un desafío diagnóstico para el dermatólogo. Es por eso que creemos importante conocer sus manifestaciones clínicas para arribar a un diagnóstico temprano y realizar un tratamiento oportuno. A su vez destacamos la excelente respuesta obtenida al tratamiento antimicótico sistémico instaurado.

► BIBLIOGRAFÍA

- Mazzini MA. Micosis profundas y micosis superficiales, Mazzini MA. Dermatología clínica. 2da Edición, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1985, págs.: 766-768.
- Vignolles, M.; Melo, M.L.; Paniagua, B.A.; Giménez, M.F.; Piccoli, L.I.: Paracoccidioidomicosis genital: localización infrecuente. *Arch Argent Dermatol* 2015; 65: 54-56.
- Di Martino Ortiz, B.; Rodríguez Oviedo, M.L.; Rodríguez Masi, M.: Paracoccidioidomicosis crónica multifocal de tipo adulto en paciente inmunocompetente. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103: 645-646.
- Cesaroni, E.; González, S.; Tiraboschi, IN.; Donatti, L.; Allevato, M.; Cabrera, H.: Paracoccidioidomicosis del adulto, multifocal. A propósito de un caso. *Act Terap Dermatol* 2007; 30: 178-183.
- Desiderio, C.; Migliavacca, G.; De la, Sotta, R.; Calvi, L.; González, C.; Paiva, C.; San Martín, MS.; Caballero, C.; Etchart, C.; Negroni, R.: Paracoccidioidomicosis. *Rev Argent Dermatol* 2000; 81: 26-32.
- Morón Guglielmino, C.; Ivanov, M.L.; Vereá, M.A.; Pecotche, D.: Paracoccidioidomicosis. Presentación de la casuística de diez años y revisión de la literatura. *Arch Argent Dermatol* 2012; 62: 92-97.
- Pilli, F.; Salinas, V.; Piccirilli, G.; Chorzepa, C.; Grossi, G.; Kantor, B.; Gorosito, M.; Centis, D.; Estrella, V.; Sánchez, A.; Bergero, A.; Fernández, Bussy, R.: Paracoccidioidomicosis. A propósito de dos observaciones. *Arch Argent Dermatol* 2009; 59: 205-210.
- Yonadi, V.; Soto, I.; Vaquero, N.; Ortiz, M.; Bruni, M.: Paracoccidioidomicosis: dificultades diagnósticas. *Rev Argent Dermatol* 1997; 78: 222-226.
- Taberna, ME.; Bisiach, H.; Recarte, M.; Fritschy, M.; Maciá, A.: Paracoccidioidomicosis con afectación mucocutánea. *Dermatol Argent* 2011; 17: 323-325.
- Dias, M.F.; Pereira, A.C.; Pereira, A.; Alves, M.S.: The role of HLA antigens in the development of paracoccidioidomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000; 14: 166-171.
- Bellisimo-Rodríguez, F.; Bollela, V.R.; Da, Fonseca, B.A.; Martínez, R.: Endemic paracoccidioidomycosis: relationship between clinical presentation and patients demographic features. *Med Mycol* 2013; 51: 313-318.