

Reporte de Caso

Paracoccidioidomycosis crónica diseminada de presentación con derrame pleural

Disseminated chronic paracoccidioidomycosis with pleural effusion

Autores: Luis Carlos Estigarribia Olmedo¹, María Cristina San Miguel de Vera², Víctor Daniel Giménez Ortigoza³, Joaquín Careaga Cacace³, Pablo Ramón Torres Cantero³, Amado David Peralta Galeano³, Christian Escobar Báez³, David López Toledo³

Artículo recibido: 20 enero 2015

Artículo aceptado: 9 febrero 2015

Resumen

Se presenta el caso de un hombre de 30 años de edad con cuadro de 3 meses de evolución de adenomegalias, lesiones en piel y mucosas, síndrome de derrame pleural. La biopsia de piel y ganglio confirman infección por *Paracoccidioides braziliensis*. Presentó buena evolución al tratamiento con itraconazol.

Palabras claves: *Paracoccidioides braziliensis*, derrame pleural.

Abstract

This is the case of a 30-year old man with 3-month evolution of adenomegalias, skin and mucous lesions, syndrome of pleural effusion. Skin and lymph node biopsy confirm infection by *Paracoccidioides braziliensis*. The patient presented good evolution after treatment with itraconazole.

Keywords: *Paracoccidioides braziliensis*, pleural effusion.

Caso clínico

Paciente del sexo masculino, 30 años de edad, proveniente y residente de Iturbe, Departamento de Guairá y de profesión agricultor. Acude al Servicio de Neumología del Hospital de Clínicas (San Lorenzo, Paraguay) por dificultad respiratoria y lesiones en piel de la nariz y labios.

El cuadro se inicia hace tres meses con adenomegalias no dolorosas e induradas en regiones cervical, axilar e inguinal de aproximadamente 2 cm de diámetro. Posteriormente, se agrega al cuadro, lesiones ulcerocostrosas no dolorosas en región del paladar duro, comisura labial izquierda y ala de la nariz derecha. Tres semanas antes del ingreso refiere sensación febril de predominio nocturno y sudoración profusa. Una semana antes del ingreso presenta dificultad respiratoria de inicio insidioso que se agrava progresivamente y

¹Médico Residente de Neumología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción (Asunción – Paraguay)

²Especialista en Medicina Interna y en Enfermedades Infecciosas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción (Asunción – Paraguay)

³Estudiante de Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción (Asunción – Paraguay)

Autor correspondiente:

Dr. Luis Carlo Estigarribia Olmedo

Dirección: Activo Peña 1638 casi Teniente Veltra. Asunción, Paraguay

Teléfono: +(595) 994 888300

Correo electrónico: luisceo141284@hotmail.com

que posteriormente le impide la realización de sus labores por lo que acude al servicio. Refiere además pérdida de peso de 6 kilos aproximadamente desde el inicio del cuadro. Niega tos, patologías de base y cuadro similar anterior. Niega contacto con tuberculosos.

Al examen físico llamó la atención la palidez de piel y mucosas, así como la presencia de lesiones ulcerocostrosas en ala nasal derecha, comisura labial y paladar duro (figura 1).

Figura 1
Lesiones ulcerocostrosas en rostro



Presenta adenomegalias induradas, móviles, no dolorosas, en región cervical, axilar e inguinal siendo el de mayor tamaño de 2,5 cm de diámetro (figura 2).

Figura 2
Adenomegalias en región cervical.



Al examen del aparato respiratorio llama la atención el síndrome de derrame pleural de campo medio e infraescapular izquierdo. El examen de los demás aparatos y sistemas se encontraba conservado y sin particularidad. Cicatriz de BCG no visible.

Con los datos anteriores se plantearon los siguientes diagnósticos:

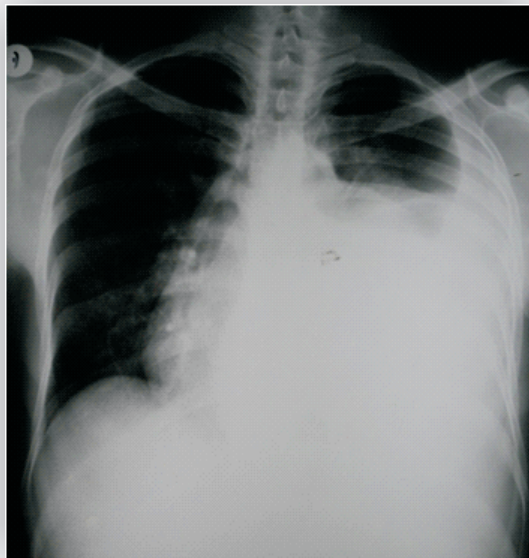
1. Derrame pleural izquierdo de etiología a determinar
2. Tuberculosis pleural
3. Paracoccidioidomicosis sistémica diseminada
4. Linfoma

Los estudios laboratoriales mostraban una anemia microcítica hipocrómica, leucocitosis de $12.800/\text{mm}^3$ con 80% de neutrófilos y una concentración de proteína C reactiva mayor de 48 mg/L.

En la radiografía de tórax posteroanterior y lateral se observó una imagen radiopaca homogénea de concavidad superior (figura 3), lo que confirmaba la presencia de derrame pleural. La toracocentesis diagnóstica mostró una relación proteínas plasmáticas/proteínas del líquido pleural 0,93 con un pH 7,63; concentración de glucosa 91 mg/dL y citología con predominio de mononucleares (85%). En la tinción de Ziehl-Neelsen no se observó BAAR y el cultivo en medio de Lowenstein Jensen resultó negativo. Se realizó biopsia pleural en la que se observa exudado fibrino inflamatorio sin granulomas ni hallazgos sugerentes de malignidad.

Figura 3

Radiografía de tórax con opacidad homogénea en hemitórax izquierdo y curva de Damoiseau



Al examen directo de raspado de paladar duro se observaron levaduras con esporulaciones con características morfológicas de *Paracoccidioides brasiliensis*. La biopsia del ganglio cervical de mayor tamaño muestra el mismo hallazgo.

Se confirma el diagnóstico de paracoccidioidomicosis crónica diseminada con derrame pleural por lo que se inicia tratamiento con itraconazol 200 mg al día con mejoría del cuadro. El análisis para SIDA resultó negativo.

Discusión

La paracoccidioidomycosis es una micosis sistémica causada por el hongo *Paracoccidioides brasiliensis*. Es prevalente en zonas con elevada temperatura y humedad y afecta más frecuentemente a hombres¹. El III Encuentro Internacional de Paracoccidioidomycosis realizado en el año 1986 clasifica las formas de presentación de esta patología como infección (en la cual solo se detecta reacción intradérmica positiva a la paracoccidioidina) o como enfermedad, la que a su vez puede ser aguda o sub-aguda (tipo juvenil), forma crónica (adulto) que puede ser unifocal o multifocal y la forma residual².

La forma crónica es la de mayor frecuencia, se presenta generalmente como afecciones pulmonares y/o lesiones cutaneomucosas. El diagnóstico se sospecha por las características clínicas y se confirma por la demostración del hongo en las lesiones, donde se encuentra en forma de esporos micóticos con gemas o brotaciones en la superficie externa o a través del cultivo que se puede realizar en medio de agar-sangre o Sabouraud glucosa³. El tratamiento se realiza por un periodo de 6 meses con itraconazol 100-300 mg/día⁴.

Puede afectar múltiples órganos entre los que se pueden citar pulmón, linfonodos y piel⁵⁻⁸. Además se han reportado casos de paracoccidioidomycosis crónica con afectación de glándula suprarrenal⁹, laringe¹⁰, cavidad oral¹¹. En cuanto al derrame pleural, en esta afección se ha visto un caso en la forma aguda, no así en la forma crónica¹²⁻¹⁴. Se hace énfasis pues este caso representa el primero reportado de paracoccidioidomycosis crónica diseminada asociada a derrame pleural en adultos, por lo que se insiste en la importancia de los datos clínicos y paraclínicos para reconocimiento oportuno ya que el diagnóstico y tratamiento adecuado conllevan la curación del paciente.

Nota: Este reporte de caso obtuvo el primer lugar al mejor caso clínico en el V Congreso Científico Internacional (V CCIN) de Estudiantes de Medicina, SOCIEM-UNA. Asunción-Paraguay. Año 2014

Referencias bibliográficas

1. Canese A, Canese A. Manual de microbiología y parasitología médica. 7° ed. Asunción: Ediciones y Arte; 2012.
2. Olivero R, Domínguez A, Sánchez C, Di-Liberti D. Diagnóstico de paracoccidioidomycosis en el Laboratorio de Micología de la Universidad de Carabobo durante 14 años (1992-2005). Rev Soc Ven Microbiol. 2007; 27(1): 349-63
3. Morón Guglielmino C, Ivanov ML, Vereá MA, Pecorche D. Paracoccidioidomycosis. Presentación de la casuística de diez años y revisión de la literatura. Arch Argent Dermatol /Internet/. 2012 /citado 22 ene 2015/; 62: 92-7. Disponible en: <http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/092%20Paracoccidioidomycosis.pdf>
4. Menezes VM, Soares BGO, Fontes CJF. Fármacos para el tratamiento de la paracoccidioidomycosis. /Internet/. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 (4). Oxford: Update Software. /citado 22 ene 2015/. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004967>
5. Torrado E, Castañeda E, Hoz F, Restrepo A. Paracoccidioidomycosis: Definición de las áreas endémicas de Colombia. Biomédica /Internet/. 2000 /citado 22 ene 2015/; 20(4): 327-34. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/viewFile/1076/1191>
6. Conti-Díaz IA, Calegari LF. Paracoccidioidomycosis in Uruguay: Its status and current problems. Bol Oficina Sanit Panam. 1979 Mar; 86(3): 219-29.
7. Arce Aranda C, Soskin Rediman A, Hassin G. Paracoccidioidomycosis pulmonar. Reporte de un caso. Rev Cir Parag./Internet/. 2009 /citado 22 ene 2015/; 32(1): 27-9. Disponible en: <http://www.sopaci.org.py/v2/uploads/ArceCarlos%20jun09.pdf>
8. Laguna M, Conti Diaz IA, Navarrete HD. Paracoccidioidomycosis: A propósito del primer caso uruguayo en un paciente del sexo femenino. Rev Méd Urug /Internet/. 1998 /citado 22 ene 2015/; 14: 171-5. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1998v2/art9.pdf>
9. Farina MA, Espínola CF, Yamanaka W, Bernal M, Villalba J. Paracoccidioidomycosis en la glándula suprarrenal. Reporte de un caso. Rev Chil Cir/Internet/. 2007 Ago/citado 22 ene 2015/; 59(4): 299-301. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071840262007000400010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000400010>.
10. Guerrero JM, Herdó JD, Maurera E, Boccardo C, Vera E, Moros Ghersi C. Paracoccidioidomycosis: Presentación de dos casos. Med Interna (Caracas) /Internet/. 2011 /citado 22 ene 2015/; 27(2): 144-53. Disponible en: http://svmi.web.ve/wh/revista/V27_N2.pdf
11. Janete Grando L, Somacarrera Pérez ML, Luckmann Fabro SM, Meurer MI, Riet Correa Rivero E, Modolo F. Paracoccidioidomycosis: Manifestaciones orales e implicaciones sistémicas. Av Odontoestomatol. 2010; 26(6): 287-93.
12. Taicz M, Rosanova MT, Bes D, Lisdero ML, Iglesias V, Santos P, Berberian G. Paracoccidioidomycosis in pediatric patients: A description of 4 cases. Rev Iberoam Micol. 2014 Apr-Jun; 31(2):141-4.
13. Giglio P, Melgarejo C, Ramos C, Feria K, Puell L, Salomón M, et al. Paracoccidioidomycosis juvenil diseminada. Folia dermatol Peru /Internet/. 2008 /citado 22 ene 2015/; 19(3): 121-6. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol19_n3/pdf/a04v19n3.pdf
14. Arciniegas Quiroga W, Orjuela Zuluaga DL. Paracoccidioidomycosis crónica. Reporte de un caso. Investigaciones Andina. /Internet/. 2011 /citado 22 ene 2015/; 13(22): 228-35. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019304010>