
■ REPORTE DE CASO

Paracoccidioidomicosis en paciente con secuelas de leishmaniasis en mucosas

Paracoccidioidomycosis in a patient with sequelae of leishmaniasis in mucous membranes

Elvis Javier Ibáñez Franco¹ , Clara Andrea González Báez¹ ,
Arnaldo Benjamín Feliciano Aldama Caballero¹ , Teresita Penayo Aguilera¹ ,
Camila Montoya Bueno² , José Guillermo Pereira Brunelli³ 

¹Hospital Nacional de Itauguá. Departamento de Medicina Interna. Servicio de Dermatología. Itauguá, Paraguay.

²Hospital Nacional de Itauguá. Servicio de anatomía patológica. Itauguá, Paraguay.

³Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro de Especialidades Dermatológicas. San Lorenzo, Paraguay

Editor responsable:

Raúl Real. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay. 

Revisor: Nilsa Elizabeth González Brítez. Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud. San Lorenzo, Paraguay. 

RESUMEN

La paracoccidioidomicosis es una micosis profunda producida por el hongo *Paracoccidioides*. Es endémica en zonas tropicales y subtropicales de Latinoamérica. Se observa en trabajadores rurales y predomina en pacientes del sexo masculino. El diagnóstico se realiza mediante estudios histopatológicos y microbiológicos. El tratamiento de elección es el itraconazol, pero en casos seleccionados se usa anfotericina B.

Se presenta el caso de un varón de 58 años, que acude por lesiones de 2 meses de evolución en mucosa del ala nasal derecha que inicia con ulceración, secreción seropurulenta y dolor, y otra lesión en paladar duro que comienza como una ulceración y posterior fistulización hacia fosas nasales. Posee antecedente de leishmaniasis mucosa con secuelas estructurales nasales hace 20 años, por lo que la sospecha inicial fue una recidiva de

Artículo recibido: 24 julio 2024

Artículo aceptado: 23 septiembre 2024

Autor correspondiente:

Elvis Javier Ibáñez Franco

Correo electrónico: ibanezfrancoelvisjavier@gmail.com

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

leishmaniasis. Sin embargo, esta infección fue descartada con los estudios dirigidos y, en cambio, se hizo diagnóstico de paracoccidioomicosis.

Se inició tratamiento con itraconazol, con buena respuesta en su control al tercer mes del tratamiento.

Palabras claves: paracoccidioomicosis, leishmaniasis, itraconazol.

ABSTRACT

Paracoccidioomycosis is a deep mycosis caused by the fungus *Paracoccidiooides*. It is endemic in tropical and subtropical areas of Latin America. It is observed in rural workers and predominates in male patients. Diagnosis is made through histopathological and microbiological studies. The treatment of choice is itraconazole, but in selected cases, amphotericin B is used.

The case of a 58-year-old man is presented, who presents with lesions of 2 months of evolution in the mucosa of the right nasal ala that begins with ulceration, seropurulent discharge and pain, and another lesion on the hard palate that starts as an ulceration and subsequent fistulization, towards nasal passages. He has a history of mucosal leishmaniasis with nasal structural sequelae 20 years ago, so the initial suspicion was a recurrence of leishmaniasis. However, this infection was ruled out with directed studies and, instead, a diagnosis of paracoccidioomycosis was made.

Treatment with itraconazole was started, with a good response in the control after the third month of treatment.

Keywords: paracoccidioomycosis, leishmaniasis, itraconazole.

INTRODUCCIÓN

La paracoccidioomicosis es una micosis profunda causada por 2 especies: *Paracoccidiooides brasiliensis* y *Paracoccidiooides lutzii*. Los factores de riesgo para la infección son las profesiones relacionadas con actividades agrícolas, preparación de suelo, jardinería, entre otros. Es endémica en algunos países de Latinoamérica, siendo Brasil el país con más casos registrados (80% de todos los casos) ⁽¹⁾.

La mayoría de los pacientes son adultos del sexo masculino, y al contrario que la histoplasmosis o la criptococosis, la paracoccidioomicosis no se relaciona por lo general con enfermedades inmunodepresoras ⁽¹⁾.

La paracoccidioomicosis puede comprometer cualquier órgano o sistema y la forma sintomática se clasifica en una forma aguda/subaguda (juvenil), forma crónica (del adulto) y formas residuales. La forma juvenil cursa con fiebre, linfadenomegalias, lesiones cutáneas y mucosas, compromiso pulmonar y hepatoesplenomegalia. La forma del adulto produce afectación pulmonar en el 90% de los casos y puede comprometer otros órganos como

mucosa y piel⁽¹⁾. También se describen casos de manifestación cutánea primaria que ocurre por un mecanismo de implantación traumática ⁽²⁾.

El diagnóstico se lleva a cabo mediante una combinación de métodos convencionales, que incluyen frotis, cultivos, serología y estudios histopatológicos, así como a través de técnicas moleculares, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ⁽³⁾. El tratamiento de elección es el itraconazol. En casos de afectación sistémica severa se utiliza anfotericina B y posterior a la mejoría se continúa con itraconazol. Otras alternativas al tratamiento son fluconazol y trimetoprim-sulfametoxazol, pero son menos efectivos que el itraconazol ^(2,4).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 58 años, tabaquista y con antecedente de leishmaniasis mucosa 20 años atrás que culminó tratamiento con anfotericina B, sin otras patologías de base, procedente de la zona rural de Caragatay, Paraguay. Acude por un cuadro de 2 meses de evolución de lesión en mucosa del ala nasal derecha, con secreción espontánea de características seropurulenta y sanguinolenta, acompañado de dolor ocasional (figura 1).



Figura 1. A- Nariz con secuelas de leishmaniasis: nariz en silla de montar por ausencia parcial del tabique cartilaginosa y pérdida de la proyección de la punta nasal. B- Lesión ulcerativa en asta lateral del ala nasal derecha, con restos de secreción seropurulenta.

Al cuadro se agrega otra lesión en mucosa palatina, a nivel de la porción ósea, que inicia como una ulceración puntiforme y profundiza hasta perforar y comunicar con las fosas nasales, produciendo dificultad para la deglución, en especial la ingesta de líquidos (figura 2).



Figura 2. Fístula que comunica techo de la boca y fosas nasales, con borde el orificio ya cicatrizado.

El paciente relata ser portador de tos crónica con expectoración mucopurulenta, sin estrías de sangre, que se exacerba con el tabaquismo.

Ante la sospecha de recidiva de leishmaniasis se realizan estudios complementarios mediante toma de muestra para frotis y cultivo, y estudio histopatológico. También se solicitan estudios de laboratorio de rutina, radiografía de tórax, y frotis y cultivo de esputo.

Retornan frotis de material de biopsia y de esputo con elementos compatibles con *Paracoccidioides* (figura 3) y resultado de anatomía patológica con denso infiltrado inflamatorio y elementos micóticos sugerentes de *Paracoccidioides* (figura 4) y en la radiografía de tórax infiltrados pulmonares bilaterales (figura 5).



Figura 3. Examen en fresco (negro de clorazol 400X): Se observan levaduras multigemantes compatibles con *Paracoccidioides* sp

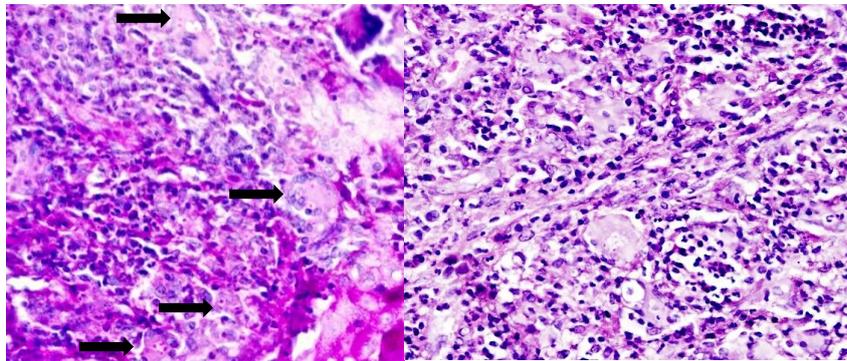


Figura 4. Denso infiltrado inflamatorio de tipo granulomatoso con granulomas epitelioides y numerosas células gigantes multinucleadas e histiocitos. Se reconocen esporos micóticos, algunos con esporulación múltiple.



Figura 5. Infiltrado pulmonar difuso bilateral.

A nivel laboratorial: hemoglobina 10,5 g/dl, leucocitos 12.000 cél/mm³, neutrófilos 75%, plaquetas: 180.000 cél/mm³, perfil renal y hepatograma en rango, cortisol AM y PM en rango.

Con el retorno de los estudios paraclínicos se llega a diagnóstico final de paracoccidioidomicosis crónica multifocal. Se realiza también PCR para ADN de *Leishmania* para descartar una eventual coinfección y que retorna negativo.

Se inicia tratamiento con itraconazol 200 mg/día, con buena respuesta en su tercer mes de tratamiento actualmente.

DISCUSIÓN

La paracoccidioidomicosis es una enfermedad endémica en varios países de Sudamérica, sobre todo Brasil, y estando Paraguay en la lista de países endémicos, especialmente en las zonas rurales de Caaguazú, San Pedro y Cordillera ⁽⁵⁾. En coincidencia con estos datos, nuestro paciente es procedente de un distrito del Departamento de Cordillera.

Existen otras micosis e infecciones profundas que pueden presentarse de manera similar a la paracoccidioidomicosis con afectación mucosa, y que son endémicas en nuestra zona, entre las cuales se encuentra la leishmaniasis, histoplasmosis y tuberculosis. En algunos casos, puede haber coexistencia de dos o más infecciones en un mismo paciente, como la tuberculosis y la histoplasmosis ⁽⁴⁾. También se han reportado la coexistencia de paracoccidioidomicosis con leishmaniasis: un paciente paraguayo y un paciente boliviano, ambos atendidos en Argentina ^(6,7), aunque nuestro paciente no tuvo una coinfección sino una sucesión de estas 2 infecciones profundas.

El tratamiento se instauró según las guías clínicas con itraconazol 400 mg el primer día y desde el segundo día 200 mg/día, con buena respuesta durante 3 meses de observación.

Es inusual que un paciente desarrolle 2 infecciones profundas distintas en la misma región anatómica, en este caso, las fosas nasales, y con una diferencia de 20 años entre cada episodio, y aunque las 2 enfermedades son endémicas en Paraguay, la mayoría de los casos se presentan de forma individual y no se han reportado la coinfección y tampoco la sucesión entre ellas.

Este caso subraya la importancia de siempre considerar un diagnóstico diferencial amplio, incluso en pacientes con antecedentes de una enfermedad previamente tratada y curada. También se destaca la necesidad de reportar y documentar casos similares porque al estar en zonas endémicas de estas enfermedades podrían existir más casos de coinfección o sucesión de infecciones.

Resaltamos la celeridad en la realización de los estudios pertinentes para alcanzar un diagnóstico preciso y descartar otras patologías, facilitada por la colaboración de especialistas en el área. La única limitación a señalar es la ausencia de PCR para *Leishmania* y *Paracoccidioides* en nuestro hospital, lo que obligó al envío de la muestra a otro centro. Este aspecto es particularmente relevante, dado que nuestro hospital es reconocido como uno de los principales centros de referencia a nivel nacional.

Conflictos de interés

Los autores declaran no contar con conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido en la concepción, redacción, revisión y aprobación del artículo.

Financiamiento

El presente reporte de caso no requirió financiación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Queiroz-Telles F de, Kono ASG, Paniago AMM, et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioidomycosis. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 23]; 50(5):715–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746570>. doi: 10.1590/0037-8682-0230-2017
2. Aldama OM, Aldama A, Martínez MJ, Rivelli V, Pereira J, Alvarenga MV, et al. Paracoccidioidomycosis: localización podal única manifestación mucocutánea. A propósito de cuatro casos. *Dermatol. cosmet. méd* [Internet]. 2017 [citado 23 Jul 2024]; 15(4): 246-51. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2017/dcm174h.pdf>
3. Fernández NB, Toranzo A, Farias L, Canteros CE. Diagnóstico micológico de paracoccidioidomycosis en un hospital de área no endémica: metodología clásica y molecular. *Biomédica* [Internet]. 2023 [citado 18 Sep 2024];43(Suppl 1):132-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10569774/>
4. Dawaher J, Colella MT, Roselló A, Pérez C, Olaizola C, Newman W, et al. Paracoccidioidomycosis: clínica, epidemiología y tratamiento. *Kasmera* [Internet]. 2012 [citado 24 Jul 2024]; 40(2):161–71. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-52222012000200006
5. Araujo P, Aguilar G, Arce N, Martínez M. Paracoccidioidomycosis detectados en el período 2004-2013 en el Laboratorio Central de Salud Pública de Asunción - Paraguay. *Rev. Nac. (Itauguá)* [Internet]. 2016 [citado 24 Jul 2024]; 8(2):62-71. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742016000200062
6. Tudanca V, Sierra M, Cornet L, Paravano L, Fernandez N, Farias L, et al. Coinfección leishmaniasis y paracoccidioidomycosis: A propósito de un caso. [Poster] [Internet]. En: Sociedad Argentina de Infectología (SADI). XVII Congreso SADI; 2017 Jun 15-17; Hotel NH Gran Hotel Provincial, Mar del Plata, Buenos Aires: La Sociedad; 2017. p. PE281. [citado 23 Jul 2024]. Disponible en: <https://infectologia.info/abstracts/coinfeccion-leishmaniasis-y-paracoccidioidomycosis-a-proposito-de-un-caso/>
7. Fernández Quiroga C, Candiz ME, Mazzaroni S, Olivares L, Maronna E. Paracoccidioidomycosis asociada a leishmaniasis. *Dermatol Argent* [Internet]. 2019 [citado 24 Jul 2024]; 25(3):125–7. Disponible en: <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1888>