

# Paracoccidioidomycosis: presentación inusual

Manuela Rüssel<sup>1</sup>, Vanesa L. Melo<sup>2</sup>, Baltazar A. Paniagua<sup>3</sup>, Fernanda Tracogna<sup>4</sup> y Manuel F. Giménez<sup>5</sup>

## RESUMEN

Se presenta un paciente masculino, de 63 años de edad, con antecedentes de enfermedad de Leriche y colocación de prótesis vascular. Es internado en terapia intensiva por infarto intestinal e isquemia aguda de miembro inferior derecho por lo cual es intervenido quirúrgicamente. Mediante el hallazgo de *Paracoccidioides sp* en prótesis vascular y otros órganos internos, asociados a lesiones cutáneas y compromiso pulmonar, se realiza el diagnóstico de paracoccidioidomycosis crónica multifocal. Destacamos el compromiso de la prótesis como parte de la diseminación fúngica.

**Palabras clave:** paracoccidioidomycosis, prótesis vascular, micosis, Leriche, *Paracoccidioides brasiliensis*

## ABSTRACT

### Unusual presentation of paracoccidioidomycosis

A 63-year-old male patient with a history of Leriche disease and vascular prosthesis placement is reported. He is admitted to intensive care unit with intestinal infarct and acute ischemia of his right lower limb for which he underwent surgery. *Paracoccidioides sp* findings in vascular prostheses and other internal organs, associated with skin lesions and pulmonary involvement, allowed the diagnosis of chronic multifocal paracoccidioidomycosis. We emphasize the commitment of the prosthesis as part of fungal dissemination on this case.

**Key words:** paracoccidioidomycosis, vascular prosthesis, mycosis, Leriche, *Paracoccidioides brasiliensis*

## ► CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 63 años de edad, procedente del interior de la provincia del Chaco, agricultor, tabaquista, hipertenso, con diagnóstico de enfermedad de Leriche (obstrucción de la porción distal de aorta abdominal) con colocación de prótesis vascular de dos años de evolución. Medicado con cilostazol 100 mg/día y ácido acetil salicílico 100 mg/día. Es internado en el servicio de UTI por infarto intestinal e isquemia aguda de miembro inferior derecho por lo cual es intervenido quirúrgicamente. Se envía

para estudio microbiológico e histopatológico muestras de prótesis aorto-femoral, intestinal y ganglios mesentéricos, donde se evidencian elementos fúngicos compatibles con *Paracoccidioides sp*, por lo cual se solicita interconsulta a nuestro Servicio.

Al **examen físico** se observa en boca parodontosis y ausencia de piezas dentarias. En piel presenta dos lesiones asintomáticas de 4 meses de evolución; las mismas eran costrosas con ulceración subyacente, localizadas en región supraciliar derecha y muslo izquierdo (Figs. 1 y 2).

**Estudios complementarios:** Laboratorio: GB 10.700/

<sup>1</sup> Jefe de residentes y adscripta al área Dermatología.

<sup>2</sup> Médica de planta y Jefe de trabajos prácticos al área Dermatología.

<sup>3</sup> Instructor y Jefe de trabajos prácticos del área Dermatología.

<sup>4</sup> Bioquímica del Hospital "Julio C. Perrando"

<sup>5</sup> Jefe docencia e investigación y Profesor titular del área dermatología de medicina I (UNNE) en el Centro Dermatológico "Dr. M. M. Giménez". Resistencia, Chaco, República Argentina

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Correo electrónico: russelmanu@gmail.com

mm3 (Segmentados 78%, eosinófilos 4%), hematocrito 31%, hemoglobina 10,4 g/dl; VSG (volumen de sedimentación globular) 38 mm/1hr; uremia 0,33 mg/dl; creatinina 1,29 mg/dl. Hepatograma y coagulograma: dentro de parámetros normales. Serología: Paracoccidiodina (+) ¼ dil; HIV; HVC y HVB no reactivos.

**Examen microbiológico directo y cultivo:** *Paracoccidiodi- des sp* en prótesis y biopsia de piel (Fig. 3).

**Estudio histopatológico de piel:** en epidermis se observa

ulceración e hiperplasia pseudoepiteliomatosa. La dermis presenta intenso infiltrado inflamatorio de tipo granulomatoso con células multinucleadas. Con coloración especial se reconocen estructuras levaduriformes birrefringentes con gemaciones periféricas. Diagnóstico: compatible con paracoccidiodomicosis cutánea. (Fig. 4).

**Informe histopatológico de biopsia intestinal:** infarto intestinal y adenitis regional asociado a paracoccidiodomicosis.

**Diagnóstico definitivo:** paracoccidiodomicosis (PCM) crónica multifocal.

Se inicia **tratamiento** con itraconazol 200 mg/día. Al mes del alta presenta isquemia aguda de miembros inferiores por la cual es intervenido quirúrgicamente, donde se realiza bypass axilo-femoral y extracción de prótesis infectada, produciéndose el óbito dos días más tarde.

## ► COMENTARIO

La paracoccidiodomicosis (PCM) es una micosis profunda granulomatosa sistémica producida por el *Paracoccidiodi- des brasiliensis* (PB), un hongo dimorfo, el cual fue originalmente descrito en 1908 por Adolfo Lutz en Brasil<sup>1,2</sup>. Se lo encuentra en el suelo de áreas tropicales y subtropicales de América Latina (Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay, Colombia y Venezuela). En nuestro país existen dos áreas endémicas: una en el nordeste del país (Santa Fe, Chaco, Formosa, Entre Ríos, Corrientes y Misiones) y otra en el noroeste (Salta)<sup>3</sup>. En la historia natural de la enfermedad se considera al pulmón como sitio de primoinfección, acorde con la idea de que es la vía inhalatoria por donde ingresa el hongo. La diseminación es linfo-hemática con afectación de órganos extrapulmonares, principalmente piel y mucosas. La agresividad del hongo y el perfil inmunológico del huésped permiten observar formas hiperérgicas mono u oligoasintomáticas, así como otras anérgicas, diseminadas, invasivas, destructivas y mortales, si no son diagnosticadas y tratadas oportunamente<sup>4</sup>.

Las distintas formas clínicas son: PCM infección, PCM enfermedad con sus variantes aguda/subaguda (tipo juvenil) y crónica (tipo del adulto), y por último la forma residual (secular)<sup>4,5</sup>. La forma crónica, a la cual se hace referencia, se produce por la reactivación de los focos latentes. Representa más del 90% de los pacientes, mayoritariamente de sexo masculino, entre 30 y 60 años de edad, trabajadores rurales, siendo algunos de los factores predisponentes la desnutrición, alcoholismo y tabaquismo<sup>5-8</sup>. Se han descrito dos subtipos, unifocal o multifocal, con compromiso de uno o más órganos o sistemas (pulmón, cutáneo-mucosa, suprarrenal y sistema nervioso). El compromiso pulmonar es frecuente de observar (90% de los casos), presenta afectación parahiliar bilateral con predominio de campos medios e inferiores<sup>5</sup>. Otra localización común es la cutáneo-mucosa<sup>7</sup>.

Las **lesiones cutáneas**, con predominio en zonas periorificiales de la cara, son: úlceras superficiales o en ocasiones lesiones infiltradas, papilomatosas, tuberosas, vegetantes, úlcero-vegetantes y, en raros casos, papulococ-

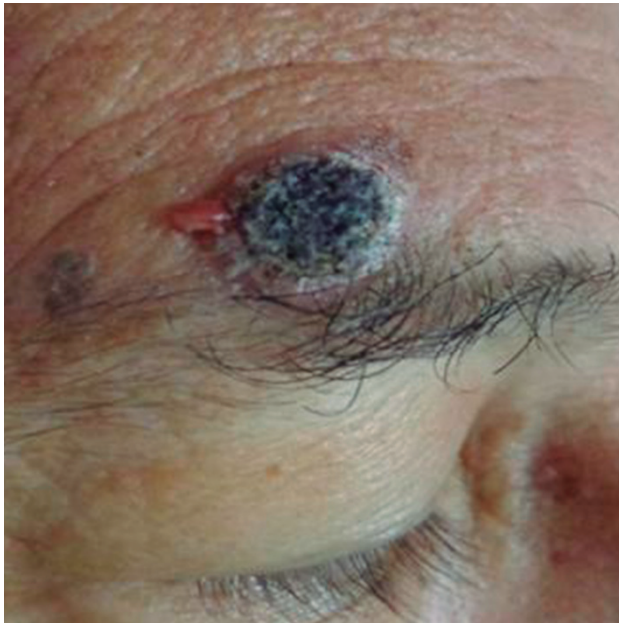


Fig. 1. Lesión costrosa con ulceración subyacente localizada en región supraciliar derecha.



Fig. 2. Lesión costrosa en muslo izquierdo.

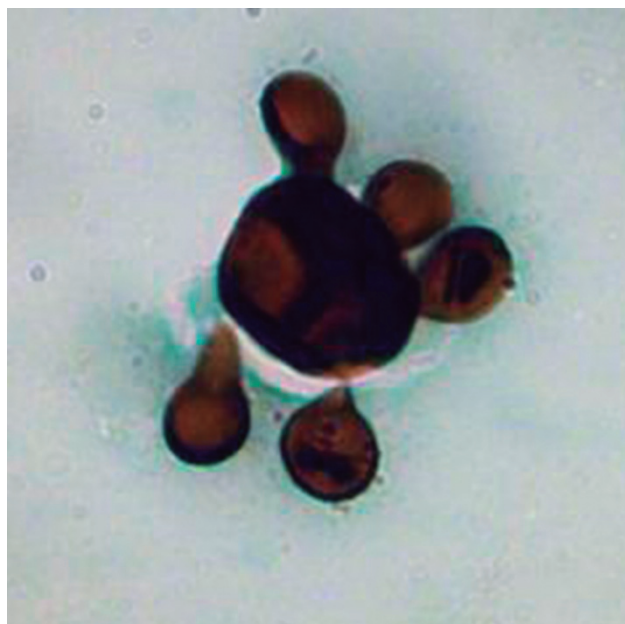


Fig. 3. Examen micológico directo: levaduras con múltiples gemaciones adoptando la disposición en rueda de timón.

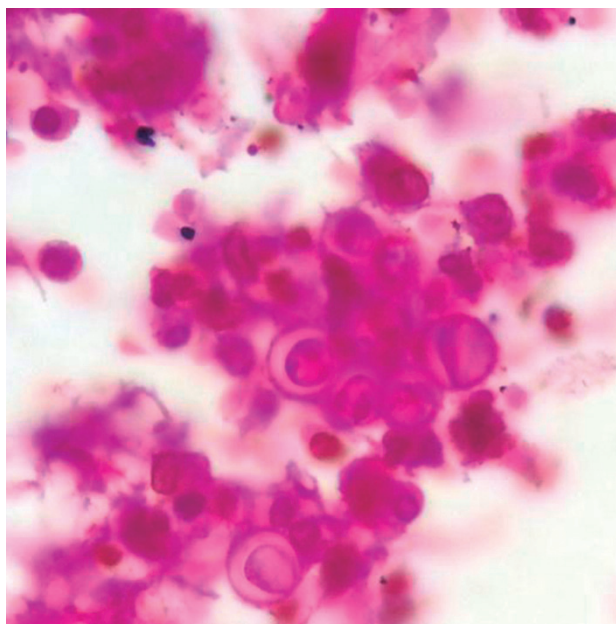


Fig. 4. Histopatología: Se pueden observar elementos levaduriformes con pared birrefringente y gemaciones múltiples (tinción especial PAS).

trosas. En mucosa oral podemos observar exulceraciones de bordes irregulares de consistencia dura, cubierta por puntos hemorrágicos que se denomina estomatitis moriforme. Además puede verse macroqueilia (labio trombiforme), afección de mucosa nasal (nariz de tapir) y compromiso gingival que permite la pérdida de piezas dentarias<sup>4,9</sup>.

Los **métodos diagnósticos** pueden ser directos o indirectos. Los directos incluyen al estudio micológico y la histopatología. El examen micológico directo puede ser tomado de diferentes muestras clínicas (raspado de lesiones, biopsia, esputo, etc.) y permite la observación de imágenes levaduriformes esféricas, de pared gruesa refringente con gemaciones múltiples en rueda de timón. El cultivo en medios tradicionales, como el Sabouraud, es muchas veces de difícil obtención.

La **histopatología** con hematoxilina-eosina permite la visualización de hiperqueratosis, espongirosis, granulomas inflamatorios y estructuras fúngicas; con tinciones especiales, como PAS y Grocott, se facilita la búsqueda del agente causal. La reacción serológica (método indirecto) es un método sensible y específico que permite el seguimiento y control terapéutico<sup>5</sup>.

Es de nuestro interés presentar este caso clínico, en donde la diseminación fúngica genera impacto sobre la

prótesis vascular en el contexto de una forma crónica multifocal.

## ► BIBLIOGRAFÍA

1. Conti Diaz, I.A.: A propósito del centenario del descubrimiento de la paracoccidioidomicosis. Principales hitos de la evolución de su conocimiento con especial énfasis en las contribuciones científicas nacionales. **Rev Med Urug** 2010; 26: 45-50.
2. Cesaroni, E.; González, S.; Tiraboschi, I.; Donatti, L.B.; Allevato, M.A.; Cabrera, H.N.: Paracoccidioidomicosis del adulto, multifocal. A propósito de un caso. **Act Terap Dermatol** 2007; 30: 178-183.
3. Negróni, P., Negróni, R.: Micosis cutáneas y viscerales. 9º Edic., López Libreros Editores, Buenos Aires, 1990.
4. Giménez, M.F.: Paracoccidioidomicosis. **Act Terap Dermatol** 1998; 21: 182-190.
5. Morón Guglielmino, C.; Ivanov, M.; 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.
6. Tichellio, A.G.; Mangiaterra, M.; Giusiano, G.: Paracoccidioidomicosis en la Provincia de Formosa, Argentina. **Rev Argent Microbiol** 2008; 40: 24-29.
7. Vidal, G.: Manifestaciones cutáneas en paracoccidioidomicosis. Revisión de 66 casos. **Arch Argent Dermatol** 1995; 45: 233-242.
8. Borges, S.R.; Silva G.M.; Chambela, Mda. C.; Oliveira, Rde V.; Costa, R.L.; Wanke, B.; Valle, A.C.: Itraconazole vs trimehoprim-sulfamethoxazole: A comparative cohort study of 200 patients with paracoccidioidomycosis. **Med Mycol** 2014; 52: 303-310.
9. Marques, S.: Paracoccidioidomycosis. **Clin Dermatol** 2012; 30: 610-615.