

Paracoccidioidomycosis genital: localización infrecuente

Melani Vignolles¹, Vanesa L. Melo², Baltazar A. Paniagua³, Manuel F. Giménez⁴ y Laura I. Piccoli⁵

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 74 años, agricultor, oriundo de Paraguay, quien consultó por ulceraciones genitales de 2 meses de evolución, asintomáticas. Se realizaron exámenes microbiológicos (directo y cultivo) y biopsia de una de las lesiones, hallándose *Paracoccidioides sp.* Se inicia tratamiento con itraconazol 200 mg/día con buena respuesta. Existen escasas publicaciones acerca de esta forma de presentación. Planteamos la necesidad de considerarla en el diagnóstico diferencial de las patologías genitales en áreas endémicas.

Palabras clave: úlceras genitales, paracoccidioidomycosis

ABSTRACT

Genital paracoccidioidomycosis: an unusual location

A 74-year-old male farmer, born in Paraguay, who consulted for asymptomatic genital ulcers of two months of evolution is reported. *Paracoccidioides spp.* was found after microbiological examinations (culture and direct tests) and biopsy of one lesion. Treatment was initiated with itraconazole 200 mg / day with a good response. There is little information about this mycosis when located on genital areas. Our suggestion is that must be considered in the differential diagnosis of genital pathologies in endemic regions.

Key words: genital ulcers, paracoccidioidomycosis

► CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 74 años, agricultor, oriundo de la República del Paraguay. Concorre a la consulta por presentar lesiones genitales asintomáticas, de dos meses de evolución. Al examen físico se observan dos ulceraciones genitales: una en glande y otra en prepucio (cara epidérmica), de bordes irregulares, fondo granulomatoso y secreción purulenta (Fig. 1). También se pudo constatar desnutrición y ausencia completa de piezas dentarias desde la adolescencia, según refiere el paciente.

Exámenes complementarios: hemograma, glucemia, función renal y hepática, coagulograma y orina normales; VSG 3mm/1°hr; VDRL: no reactiva. Serologías HIV, HVB y HVC: no reactivas. Radiografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral y difuso de aspecto reticular a predominio parahiliar (Fig. 2). Examen bacteriológico directo y cultivo de lesión: negativo. Examen por campo oscuro: negativo. Serología para micosis profundas: paracoccidioidina 1/8 dil. Examen micológico directo y cultivo: elementos levaduriformes con brotes compatibles con *Paracoccidioides* (Fig. 3).

¹ Médica residente Dermatología 3er año y Adscripta al área Dermatología.

² Jefa de residentes y Adscripta al área Dermatología.

³ Instructor y Jefe de trabajos prácticos del área Dermatología.

⁴ Director de la residencia de Dermatología en Centro Dermatológico "Dr. M. M. Giménez" y Profesor titular del área Dermatología de Medicina I Facultad de Medicina (UNNE).

⁵ Profesora adjunta Microbiología General del Servicio de Microbiología Clínica del Hospital "Julio C. Perrando". Resistencia, Chaco, Argentina

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Correo electrónico: mela1706@gmail.com

Estudio histopatológico: hallazgos histopatológicos vinculables a paracoccidioidomicosis (Fig. 4).

Diagnóstico definitivo: paracoccidioidomicosis crónica multifocal.

Se decide realizar **tratamiento** con itraconazol 200 mg/día por seis meses, continuando luego con 100 mg/día hasta completar doce meses. El paciente presentó buena evolución clínica observada en los controles (Fig. 5).

► COMENTARIOS

La **paracoccidioidomicosis** (PCM) es una micosis profunda sistémica, producida por un hongo dimórfico del género *Paracoccidioides* y fue descrita inicialmente en 1908 por Adolfo Lutz en Brasil¹⁻³. Es frecuente en zonas húmedas tropicales y subtropicales de Latinoamérica. La extensión geográfica en nuestro país comprende a las provincias de Misiones, Corrientes, Entre Ríos, Santa Fe, Chaco, Formosa y Salta⁴. La micosis afecta principalmente a trabajadores rurales del sexo masculino entre los 30 y 50 años. El contagio ocurre a través de la inhalación de conidias y la mayoría de los infectados no desarrollan la enfermedad, la cual permanece en un estado latente con focos quiescentes que contienen hongos viables⁵. El *P. brasiliensis*, al diseminarse por vía linfática y sanguínea, puede afectar piel, mucosa buco-nasofaríngea, ganglios linfáticos, bazo, glándulas suprarrenales e incluso, en menor frecuencia, se ha descrito afectación osteoarticular, sistema nervioso central, esófago, estómago, hígado, epidídimo y testículos.

En lo que respecta a las **lesiones cutáneas**, se ha comprobado que el proceso inflamatorio generado por un traumatismo puede favorecer la adhesión del hongo cuando éste se halla en la circulación general^{1,4}. En tanto que otros autores no descartan la posibilidad de contagio a través del contacto exógeno directo del agente etiológico con puerta de entrada cutáneomucosa¹. El espectro clínico está dado por determinadas características de la relación hongo-huésped. Se las puede agrupar en formas agudas-subagudas y crónicas. Las primeras afectan a pacientes jóvenes y clínicamente se manifiestan por adenomegalias y hepatoesplenomegalia. La forma crónica es típica de los adultos y se caracteriza por el compromiso pulmonar, pudiendo ser uni o multifocal (90% de los casos), dependiendo de la cantidad de órganos afectados⁵. Existe otra forma clínica residual, la cual se manifiesta por los signos y síntomas relacionados con las secuelas cicatrizales de los órganos primariamente afectados¹.

El **diagnóstico** se realiza por examen directo y cultivo. El **examen histopatológico** con frecuencia permite reconocer la presencia del hongo, debiendo examinarse las muestras teñidas con hematoxilina-eosina, PAS y Grocott. Los métodos indirectos ponen en evidencia la respuesta inmune específica. Más del 90% de los pacientes con PCM evolutiva presenta anticuerpos específicos contra antígenos de *P. brasiliensis*, demostrables por pruebas de inmunodifusión, contraelectroforesis, fijación de complemento o ELISA. Las dos primeras son las reacciones serológicas más comúnmente empleadas debido a su



Fig. 1: Lesión ulcerada en glande.



Fig. 2: Radiografía de tórax. Infiltrado parahiliar intersticial y fibrosis.

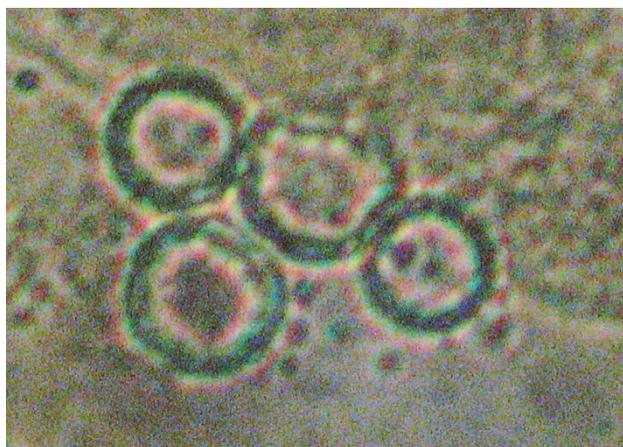


Fig. 3: Examen directo: levaduras multibrotadas compatibles con *Paracoccidioides* sp.

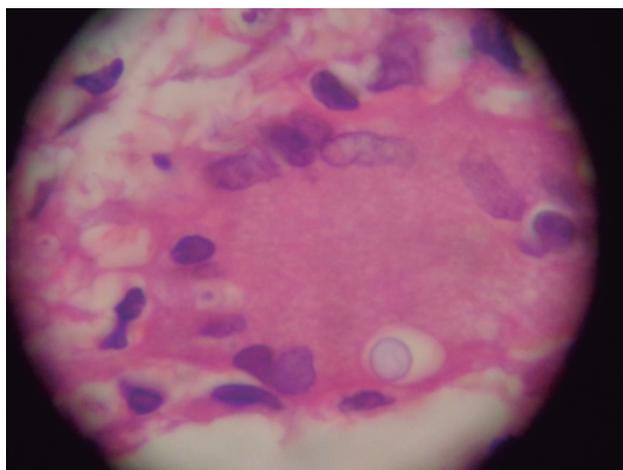


Fig. 4: Biopsia de lesión de prepucio (H/E 100x): Presencia de células gigantes multinucleadas con elementos birrefringentes en su interior, compatibles con *Paracoccidioides*.

sensibilidad y excelente especificidad. La prueba cutánea con paracoccidioidina da resultados positivos en personas infectadas sin enfermedad evolutiva, por lo que su valor diagnóstico es nulo⁶.

El **tratamiento** de elección es itraconazol 200 mg/día durante 3 a 6 meses, pudiendo continuarse con itraconazol 100mg/día hasta aproximadamente un año, de acuerdo a la evolución clínica, radiológica y serológica; para pasar luego al período de vigilancia epidemiológica que será de por vida^{1,7}.



Fig. 5: Evolución 40 días post-tratamiento con itraconazol 200 mg/día.

Clásicamente, el compromiso del tacto genitourinario ocurre en pacientes con la forma crónica del adulto, el cual es raramente reportado⁵. Nuestra hipótesis e interés en presentar este caso, que involucra genitales externos masculinos, es postular que el fenómeno traumático generaría un proceso inflamatorio que actuaría de "filtro" en un paciente con funguemia, determinando la localización de la lesión.

► BIBLIOGRAFÍA

1. Giménez, M.F.: Paracoccidioidomicosis. **Act Terap Dermatol** 1998; 21: 182-190.
2. Alencar Marques, S.: Paracoccidioidomicose. En: Zaitz, C.: Compendio de Micología Médica. Guanabara Koogan; Rio de Janeiro; 2010; págs.: 294-312.
3. Teixeira, M. M.; Theodoro, R.C.; Oliveira, F.F.; Machado, G.C.; Hahn, R.C.; Bagagli, E.; San-Blas, G.; Soares Felipe, M.S.: Paracoccidioides lutzii sp. nov.: biological and clinical implications. **Med Mycol** 2014; 52: 19-28.
4. 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.
5. Alencar Marques, S.; Kanawa Tangoda, L.; Pires de Camargo, R.; Ometto Stolf, H.; Alencar Marques, M.E.: Paracoccidioidomicose de localização genital externa: relato de seis novos casos e revisão da literatura. **An Bras Dermatol** 2012; 87: 235-240.
6. Negroni, R.: Paracoccidioidomycosis (South American blastomycosis, Lutz's mycosis). **Int J Dermatol** 1993; 32: 847-859.
7. Shikanai-Yasuda, M.A.; Queiroz Telles, F.; Mendes, R.P.; Lopes Colombo, A.; Moretti, M.L.: Consenso em Paracoccidioidomicose. **Rev Soc Bras Med Trop** 2006; 39: 297-310.