

CASO CLÍNICO

PLACA ERITEMATOCOSTROSA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Vanesa Elias*, Claudia Giménez**, Sergio Carbia***, Maria Rossi*, Gabriela Pérez°, Marcela Marrero°°

CASO CLÍNICO

Varón de 82 años, trabajador rural en el cultivo del algodón, oriundo del Paraguay, consultó por presentar dermatosis en rostro de 1 mes de evolución sin respuesta tras 7 días de tratamiento con cefalexina.

Exámen físico: Placa eritematosa, de límites irregulares, cubierta de abundantes costras hemáticas y melicéricas localizada en región hemifrontal derecha que alcanzaba el área malar homolateral. A nivel de ceja derecha presentaba otra placa eritematosa, de superficie hiperqueratósica, que adoptaba en entrecejo un aspecto anular, con borde sobrelevado y centro deprimido. El lóbulo auricular homolateral evidenciaba pérdida de sustancia cubierta de una costra hemática (Figs. 1 y 2). Mucosa oral sin particularidades.

Laboratorio: Sin particularidades, incluyendo VDRL y serologías virales para HIV y hepatitis B y C.

Radiografía de tórax: sin evidencias de compromiso pulmonar

Histopatología (Protocolo 20/1624): En la tinción con hematoxilina-eosina se observó epidermis espongiótica con marcado infiltrado inflamatorio en dermis, que llegaba hasta hipodermis, constituido por histiocitos epiteloideos, células gigantes multinucleadas con elementos redondeados en su interior y células tipo Langhans (Fig 3). Con la tinción de Grocott se detectaron levaduras de pared gruesa, de doble contorno con gemaciones, algunas simples, otras múltiples con disposición en rueda de carro y en orejas de ratón Mickey Mouse (Fig 4).

Servicio de Dermatología. Hospital General de Agudos "José María Penna". Buenos Aires. Argentina

- * Concurrente programática
- ** Cursista del curso superior de especialistas en dermatología (UBA)
- *** Director de la Carrera de especialistas en dermatología (UBA)
- ° Médica de Planta. Anatomía Patológica
- °° Jefa a cargo del servicio.

Sin fondos de financiamiento para este trabajo, ni conflictos de interés.
Vanesa Elias. Hospital General de Agudos "José M Penna". Servicio de Dermatología.
(Pedro Chutro 3380, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
e-mail: vanesaelias_84@hotmail.com



FOTO 1



FOTO 2

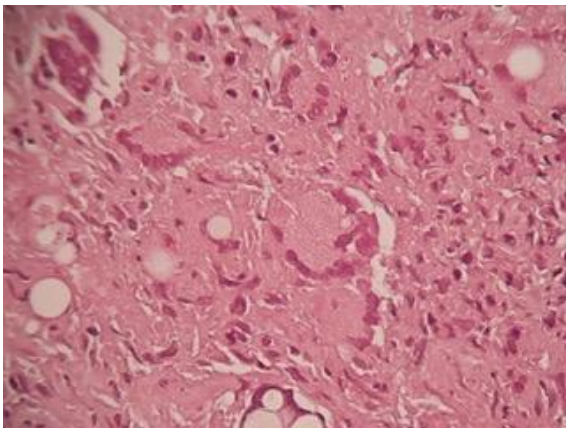


FOTO 3

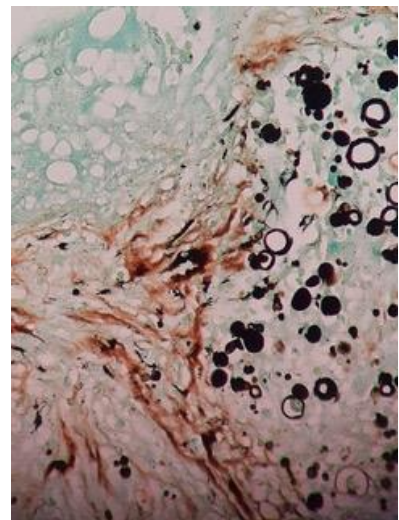


FOTO 4

DIAGNÓSTICO: Paracoccidioidomicosis Cutánea

COMENTARIOS

La paracoccidioidomicosis cutánea o blastomicosis sudamericana es una micosis profunda, sistémica, granulomatosa y supurativa producida por un hongo dimorfo llamado Paracoccidioides brasiliensis.¹

Su hábitat es el suelo de regiones endémicas de áreas rurales tropicales y subtropicales de América Latina. En nuestro país es endémica en las provincias de Santa Fe, Chaco, Formosa, Entre Ríos, Corrientes, Noroeste de Misiones y Salta.²

La mayor incidencia de esta entidad ocurre en áreas rurales, usualmente plantaciones de café, té, tabaco, mandioca, algodón y yerba mate, y su desarrollo se encuentra favorecido por factores climáticos y geomorfológicos como temperatura moderada, humedad alta y vegetaciones abundantes.³

Por tal motivo afecta en gran medida a trabajadores rurales, generalmente varones entre 30 a 50 años. Cuando afecta a las mujeres la infección se presenta antes de la menarca o después de la menopausia porque este hongo presenta receptores para 17-B-estradiol en el citoplasma, hormona femenina que inhibe la transformación micelial a levadura, factor indispensable para producir la infección.

La enfermedad se adquiere por inhalación de conidias del suelo contaminado, que al localizarse en el aparato respiratorio puede diseminarse a los tejidos tomando la

forma levaduriforme. La primoinfección puede ser asintomática y al diseminarse por vía linfohemática origina el compromiso cutáneo-mucoso con sus variantes aguda/subaguda (juvenil), crónica (o del adulto, la más frecuente) y residual (secuelar).

Las lesiones cutáneas son excepcionales, con formación de papulas, nódulos, vegetaciones y lesiones úlcerovegetantes, a predominio facial y periorifical.²

El labio inferior puede engrosarse (labio trombiforme) y a nivel perinasal pueden observarse lesiones nodulares, ulceradas, vegetantes o verrugosas, de evolución lenta y asintomática, constituyendo la nariz de tapir.⁴ La cavidad oral se afecta en la mitad de los casos debido a la formación de placas úlcero-granulantes que conforman la denominada estomatitis moriforme.²⁻⁴

El diagnóstico se basa en dos pilares:

- a) los datos epidemiológicos relevados durante la realización de la historia clínica
- b) la demostración y aislamiento de los elementos fúngicos por métodos directos e indirectos [(incluidos serología, histopatología y estudio micológico (directo y cultivo)]. La histopatología con tinción de hematoxilina-eosina muestra hiperqueratosis, espongirosis, granulomas inflamatorios y estructuras fúngica cuya visualización se ve facilitada con

tinciones especiales como PAS y GROCOTT, que delinean formas levaduriformes con gemaciones múltiples en “rueda de timón” o “en orejas de ratón Mickey Mouse”.³

Añ micológico directo se observan levaduras esféricas u ovals de doble pared, con gemación múltiple y los cultivos sembrados en medio agar Sabouraud presentan crecimiento lento con formación de colonias vellosas color crema a parda, de aspecto plegado. Las serologías son un método indirecto sensible y específico que permite el seguimiento y control terapéutico, (en nuestro caso a través del método ELISA fue positivo 1/16).

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras micosis profundas, tuberculosis, leishmaniasis y nocardiosis.

Frecuentemente acompaña a otras enfermedades infecciosas⁴ como parasitosis intestinales, enfermedad de Chagas, tuberculosis, sífilis y puede ser la primera manifestación en el SIDA.^{2,5}

El tratamiento de elección es el itraconazol 200-400 mg/día con una duración de 6 a 12 meses para casos leves y de 12 a 18 meses para casos moderados. En casos graves anfotericina B (1 mg/kg/día). La duración del tratamiento dependerá de la respuesta clínica, serológica y micológica.^{3,6}

REFERENCIAS

1. Farfán Gutiérrez C, Moreno Villalobos V, Arellano Porras G, Rodríguez Flores A. Paracoccidioidomicosis con afectación mucocutánea. Reporte de un caso. *Odontol Sanmarquina* 2017;20(2):101-105.
2. Basterrix KP, Michelena MA, Garritano MV, Arena G et al. Paracoccidioidomicosis. A propósito de un caso. *Arch Argent Dermatol* 2016; 66 (2):53-57.
3. Franco M, Montenegro MR, Garcia VL, Bernard G. Paracoccidioidomicosis. En: Filho GB, Casas JG, Gelpi R. *Patología de las enfermedades regionales latinoamericanas*. Ed. Guanabara Koogan, Río de Janeiro, 2011:115-127.
4. Di Martino Ortiz B, Rodríguez Oviedo M, Rodríguez Masi M. Paracoccidioidomicosis crónica multifocal de tipo adulto en paciente inmunocompetente. *Actas DermoSifiliogr* 2012;103(7):645-646.
5. Di Martino Ortiz B, Moreno T, Galeano G, Rodríguez M. Paracoccidioidomicosis aguda diseminada moluscoide en mujer joven. *Actas DermoSifiliogr* 2015;106(7):597- 599.
6. Rüssel M, Melo VL, Paniagua BA, Tracogna F. Paracoccidioidomicosis: presentación inusual. *Arch Arg Dermatol* 2016;66 (1):12-14.

LEYENDAS DE LAS FOTOGRAFÍAS

Foto 1 Placa eritematocostrosa en región frontal y malar derechas.

Foto 2 Edema y eritema asociados a pérdida de sustancia, cubierto por costra hemática en lóbulo auricular derecho.

Foto 3 (hematoxilina-eosina) vesícula serohemática y marcada espongirosis en epidermis, infiltrado inflamatorio a predominio de histiocitos epiteloides, células gigantes multinucleadas con levaduras en su interior y células tipo Langhans.

Foto 4 (tinción Grocott) levaduras de gruesa pared, doble contorno con gemaciones, simples, múltiples y con disposición en rueda de carro y en orejas de Ratón Mickey Mouse.