



Paracoccidioidomicosis importada en varón joven

EMILIO MAYAYO ARTAL *, VIRGINIA GÓMEZ-ARACIL **, ROSA MAYAYO ALVIRA ***

* HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN XXIII ESPAÑA

** UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA ESPAÑA

*** UNIVERSIDAD ROVIRA Y VIRGILI ESPAÑA

Resumen

INTRODUCCIÓN. La patología infecciosa sigue siendo un campo de batalla importante para el patólogo. Entre las diversas causas que la pueden producir están los hongos, que cada vez más están emergiendo en nuestros laboratorios o bien por su mayor frecuencia o bien por su mejor diagnóstico. De los aproximadamente 700 géneros o especies patógenos para el hombre, hay un grupo denominado hongos dimórficos formado de localización geográfica en países de Latinoamérica, que se van observando en nuestro país debido sobre todo a la inmigración.

CASO CLÍNICO. Varón de 27 años de edad, oriundo de Ecuador y afincado en España desde hace varios años. Presenta una lesión abcesificada a nivel de partes blandas de codo, referenciada ya antes de venir a nuestro país. Se procede a la exéresis y se observa una lesión cavitada de 25 mm en diámetro con gruesa pared y tejido graso por fuera de ella. En el estudio histopatológico destaca una lesión granulomatosa en la que se observan formas esferoides de diferentes tamaños, algunas con gemación multifocal, viéndose estos cambios mejor con la tinción de Grocott.

COMENTARIOS. Las características morfológicas de los hongos hicieron que se diagnosticara de Paracoccidioidomicosis, siendo la morfología del hongo muy específica y fácilmente reconocible. El aspecto de "timón de barco" es específico y la deferencia de otros hongos dimórficos como son *Blastomices*, *Histoplasma*, *Coccidioides*. Ante el aumento de los inmigrantes debemos tener en mente que podemos observar muchos procesos infecciosos poco habituales en nuestro país. El patólogo puede ser un elemento clave para su diagnóstico.

Introduccion

La Paracoccidioidomicosis es una micosis limitada geográficamente a Latinoamérica y causada por un hongo dimórfico, *Paracoccidioides brasiliensis*. La manifestación más común es la pulmonar y la infección puede diseminarse a otras localizaciones como son la mucosa oral, los ganglios linfáticos o la piel. La paracoccidioidomicosis es poco habitual en niños o adultos jóvenes. En Europa la infección es muy rara y todos los casos descritos tienen la misma historia clínica, los pacientes han vivido, trabajado o visitado las zonas endémicas de Latinoamérica antes de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Describimos el caso de una infección diseminada de localización subcutánea, causada por *P.brasiliensis* en un paciente joven oriundo de Ecuador.

Material y Métodos

Paciente varón de 27 años de edad nacido en Ecuador que llegó a España en febrero del 2003. Como antecedentes clínicos cabe destacar que desde hace 1 año presenta lesiones subcutáneas en la piel del codo dcho, parte izda de la espalda, áreas perinasales y también ganglios. La biopsia realizada mostraba una lesión granulomatosa crónica de centro necrótico con células epitelioides y células gigantes multinucleadas donde se observó la presencia de células fúngicas que inicialmente fueron diagnosticadas de blastomicosis. Se trató con ketoconazol (200 mg/día) pero las lesiones no remitieron. Dos meses después se realizó otra biopsia, en

esta ocasión del nódulo subcutáneo de codo dcho. Las técnicas de H-E y P.A.S. mostraban una lesión similar consistente en una lesión granulomatosa crónica de centro necrótico con células gigantes multinucleadas y ocasionales linfocitos (Fig 1). Entre estas células destacaba la presencia de células fúngicas ubicadas en los citoplasmas de las células gigantes o fuera de ellas. En la tinción de Grocott se evidenció que las células fúngicas eran esporas de diferentes tamaños, entre 10-15 μm , bastantes de ellas con varias gemaciones de fina talla de adhesión, dando un crecimiento multipolar o forma de "timón de barco" (Fig 2). El paciente fue rediagnosticado de *Paracoccidioides brasiliensis* y se inició tratamiento con itraconazol (200 mg/día) durante 5 meses. Después de este tiempo, las lesiones curaron y desaparecieron completamente.

Discusión

Ningún caso ha sido descrito en Europa de Paracoccidioidomicosis y hay muy pocos casos publicados como enfermedad importada. En los últimos diez años, solamente hemos encontrado ocho casos publicados, uno en Alemania, otro en Italia, Otro en Austria y en Holanda y el resto en España. Todos estos casos tienen en común varios parámetros, por ejemplo que todos los pacientes vivieron en Suramérica (Brasil, Venezuela o Ecuador) a excepción del caso austriaco que había vivido en Cuba, además todos ellos eran mayores de 59 años. También, que todos estos pacientes habían sufrido un largo periodo silente antes de aparecer los síntomas. La enfermedad es progresiva cuando las manifestaciones clínicas aparecen. La paracoccidioidomicosis es infrecuente en niños o adultos jóvenes, representando solamente un 5-10 %, siendo la forma conocida como aguda juvenil. Nuestro caso es el de un adulto joven de 27 años afecto de paracoccidioidomicosis con afectación cutánea y ganglionar, el paciente había nacido en Ecuador y un año antes del diagnóstico se había desplazado a España por motivos de trabajo. El diagnóstico de paracoccidioidomicosis es difícil debido a que suele confundirse con tuberculosis, lepra u otras enfermedades fúngicas como es el caso de la blastomicosis, así ocurrió en el caso que presentamos. La sospecha clínica es necesaria debido a que las lesiones suelen aparecer muchos años después de que el paciente haya adquirido la infección. La paracoccidioidomicosis debe ser sospechada en pacientes que hayan vivido o trabajado en áreas endémicas con pérdida de peso y lesiones pulmonares, mucosas o cutáneas. El diagnóstico puede hacerse mediante estudio histopatológico. Secciones teñidas con PAS, H-E y sobre todo con Grocott son las utilizadas para visualizar las típicas estructuras de *P. brasiliensis*. En nuestro caso, como en la totalidad de los publicados, con H-E se observa la lesión patológica del hongo, que es una lesión granulomatosa crónica con células gigantes y epitelioides, los linfocitos dependen del grado de inmunidad. Con PAS se pone de manifiesto y se detallan las células fúngicas, pero es con la técnica de Grocott donde se observa con detalle las imágenes de *P. brasiliensis* y es diagnóstico el hallar las múltiples gemaciones de fino cuello adheridas a las células madres dando la típica imagen en "timón de barco". Se han usado diversos tipos de terapias como son las sulfonamidas, anfotericina B o diversos azoles. Sin embargo, si no se utiliza el antifúngico apropiado se pueden llegar a observar recidivas entre el 8 y 25% de los pacientes. El uso de itraconazol es considerado como el antifúngico de elección con menos del 5% de recidivas. En nuestro caso el tratamiento inicial con itraconazol no tuvo buen resultado y solamente se obtuvo con itraconazol. Queremos finalizar resaltando que ante el aumento de los viajes turísticos, la inmigración o emigración a países endémicos de esta u otras micosis, los patólogos debemos estar alerta para diagnosticar este tipo u otros tipos de patologías importadas.

Bibliografía

- 1- Salfelder K. Atlas of Fungal Pathology. Kluwer Academic Publishers. Dordrecht 1990.
- 2- De Hoog GS, Guarro J, Figueras MJ, Gene J. Atlas of Clinical Fungi 2on edition. Baarm/Reus, Centralbureau voor Schimmelcultures/Universitat Rovira i Virgili 2000.
- 3- Mayayo E. Histopathological diagnosis of mycoses. Rev Iberoam Micol 2004;21:1-9.
- 4- Brummer E, Castaneda E, Restrepo A. Paracoccidioidomycosis: an update. Clin Microbiol Rev 1993;6:89-117.
- 5- Garcia Bustinduy M, Guimera FJ, Arevalo P, et al. Cutaneous primary paracoccidioidomycosis. J Eur Acad Venereol 2000;14:113-7.
- 6- Ginarte M, Pereiro M, Toribio J. Imported paracoccidioidomycosis in Spain. Mycoses 2003;46:407-11.
- 7- Horré R, Schumacher G, Alpers K, et al. A case of imported paracoccidioidomycosis in a German legionnaire. Med Mycol 2002;40:213-6.
- 8- Mayr A, Kirchmair M, Rainer J, Rossi R, Kreczy A, Tintelnot K, Dierich MP, Lass-Flörl C. Chronic paracoccidioidomycosis in a female patient in Austria. Eur J Clin Microbiol 2004;23:916-9.
- 9- Borgia G, Reynaud L, Cerini R et al. A case of paracoccidioidomycosis: experience with long-term therapy. Infection 2000;28:119-20.
- 10- Telgt D, Verweij P, Kwakman J, de Wilde P, Kullberg B, Meis JF. First import case of paracoccidioidomycosis in The Netherlands. S141 (P5-024).
- 11- Manns BJ, Baylis BW, Urbanski SJ et al. Paracoccidioidomycosis: case report and review. Clin Infect Dis 1996;23:1026-32.
- 12- De Araujo MS, Mesquita RA, Correa L, de Sousa SO. Oral exfoliative cytology in the diagnosis of paracoccidioidomycosis. Acta Cytol 2001;45:360-4.
- 13- Silletti RP, Glezerov V, Schwartz IS. Pulmonary paracoccidioidomycosis misdiagnosed as Pneumocystis pneumonia in an immunocompromised host. J Clin Microbiol 1996;34:2328-30.
- 14- Meneses-García A, Mosqueda-Taylor A, Morales-de la Luz R, Rivera LM. Paracoccidioidomycosis: report of 2 cases mimicking squamous carcinoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;94:609-13.

- 15 - Silva-Vergara ML, Teixeria AC, Curi VG, et al. Paracoccidioidomycosis associated with human immunodeficiency virus infection. Report of 10 cases. *Med Mycol* 2003; 41: 259-63.
- 16 - Ollague JM, de Zurita AM, Calero G. Paracoccidioidomycosis successfully treated with terbinafine: first case report. *Br J Dermatol* 2000; 143: 188-91.

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28