

MICOLOGÍA

PARACOCCIDIOIDOMICOSIS EN LENGUA

Ari Kawer Wigoda*
Leandra Madrigal Rodríguez**
Fernando Mata Castro***

SUMMARY

Paracoccidioidomycosis is a fungal disease, caused by a dimorphic fungus, *Paracoccidioides brasiliensis*.^{6 et al.} Its real frequency is unknown because of the subclinic cases that occur. It affects any person, indistinct of their sex, age or ethnic, with predominance in men between ages of 30-50 years y who are dedicated to agricultural labors^{2,3,9,10}. (with a relation 9:1 male-female) This disease develops in an acute, subacute or chronic way affecting any organ of the body, with great affinity to skin, oral-nasal cavity and others. The diagnostic is based in pathologic and clinical exclusion^{2,4,8}. Treatment

is based on antifungals, nutritional support, eventual sequelae and the prevention of opportunist diseases^{1,10}. In this article we present a 70 years old man case, with no subjacent sickness and no allergies to medications, with an ulcerous lesion on tongue's base with no symptoms added.

Descriptores: Paracoccidioidomycosis, blastomycosis suramericana.

Key words: Paracoccidioidomycosis, South American blastomycosis.

CASO CLÍNICO

Masculino de 70 años, conocido sano, vecino de Santiago de

Paraíso, soltero, costarricense, profesión trabajador de campo, tabaquista de 35 años de 8 cigarrillos diarios, antecedente heredo-familiar de Ca gástrico en madre y Ca pulmonar en padre. Quien hace tres 3 meses acudió al EBAIS por presentar una úlcera a nivel de lengua de inicio súbito, indolora sin ataque al estado general, con antecedente de ingerir frutos contaminados del suelo donde realiza su labor. A la exploración física se encuentra una mala higiene bucodental con falta de piezas dentales tanto superiores como inferiores, con una lesión ulcerosa en la lengua de 3 x 3 cm de diámetro bordes regulares

* Médico Especialista ORL. Hospital Max Peralta de Cartago.

**Médico general, Area de Salud Buenos Aires.

***Médico general, Area Rectora de Salud de Corredores.

con placas blanquecinas en cuerpo de lengua. Sin secreción fétida, sin compromiso del paladar u otras estructuras adyacentes. (Figura 1) Paciente fue visto por oncológica el cual determino que dicha ulcera no correspondía a un proceso carcinogénico. Se le realizó estudios para clínicos como RX simple de tórax sin presencia de adenopatías, infiltrados o consolidaciones (fig. 2). Se toma biopsia de fragmento de tejido fibroelástico de forma irregular de 8 mm en eje mayor. Se procedió a realizarse un diagnóstico patológico, el cual documentó Lengua con inflamación crónica granulomatosa con abundantes eosinófilos secundaria a micosis que presenta estructuras levaduriformes sugestivas de Paracoccidioidomicosis (Blastomycosis suramericana). Se le realizó tinción de Grocott que muestra estructuras levaduriformes multigemantes, con tallo de conexión delgado compatible con Paracoccidioidomicosis. Al paciente se le administró ketoconazol 400 mg oralmente diariamente por un mes con satisfactoria evolución y control en otorrinolaringología.

DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA

La paracoccidiomicosis se encuentra distribuida en casi todos los países de América siendo endémica del Brasil, Venezuela, Colombia y Argentina *P. bra-*

siliensis es considerado un hongo dimórfico a temperatura ambiente de 25 grados, es la forma infectante, y la encontramos en el suelo a 37 grados y toma forma de colonias cremosas. Es una enfermedad endémica en Latino América, especialmente en Brasil, Colombia, Venezuela y Argentina.² Picos de incidencia se demuestran en personas mayores de 30 años de edad, y en hombres es 15 veces más afectados que las mujeres². Los factores de riesgo serían actividades relacionada a suelos contaminados con el hongo, agrícolas, y manejo de vegetales. Tabaquismo y alcoholismo están frecuentemente relacionados. La transmisión persona a persona no ha sido reportada debido a que el hongo no tiene un estadio infectante dentro hombre. El ser humano es considerado como el único hospedero natural de esta infección. La enfermedad se presenta en varias formas desde localizada hasta severa con evolución fatal.^{6,9} (cuadro 1).

El diagnóstico se realiza por clínica fundamentalmente siendo corroborado por examen micológico directo KOH, con una especificidad del 100 % y bajo costo². Sin embargo la infección primaria ocurre en los pulmones en un 90 %, de los casos seguida de la mucocutánea y menos frecuente el compromiso ganglionar.² Cuando hay compromiso pulmonar afecta predominantemente

las porciones medias y bajas, son menos comunes las cavidades y las adenopatías hiliares. Se puede desarrollar hipertensión pulmonar y fibrosis. La enfermedad cuando se disemina, causa síntomas generalizados incluyendo, fiebre, malestar general, debilidad y anorexia. Lesiones en la mucosa son comunes y comprometen la boca, labios, encías, lengua, paladar, faringe y laringe, son infiltradas y ulceradas siendo dolorosas^{1,3}. Lesiones cutáneas tienden a ser localizadas alrededor de orificios del cuerpo, pueden presentarse en forma de costra, ulceradas y ocasionalmente granulomatosas. Las adenopatías implican la cadena cervical, axilar, mediastinal o mesentérico y pueden complicarse con la formación de fistulas y supuraciones⁶. La forma crónica representa más de un 90% de los casos en adultos, usualmente en mayores de 20 años, con compromiso progresivo del estado general^{1,4,5}. El diagnóstico definitivo generalmente requiere biopsia y cultivo de múltiples levaduras, las cuales ocasionalmente producen un patrón de "rueda". Cultivo en Sabouraud-dextrosa o extracto de levadura Agar es también recomendado. Exámenes serológicos, incluyendo la inmunodifusión y el test de fijación de complemento también están siendo utilizados.^{2,3,9}. El principal diagnóstico diferencial de lesiones oral y membrana mucosa laríngea es el carcinoma

epidermoide, leishmania mucocutánea, tuberculosis, sífilis. Otras neoplasias deben ser consideradas. Formas linfagíticas simulan tuberculosis y enfermedad de Hodgkin. Si es localizada debe ser diferenciado de leishmaniasis, sporotricosis, tuberculosis y cromomycosis⁴.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Los patrones más frecuentes de alteración pulmonar son intersticiales, nodulares, reticulonodulares, y condensaciones, la formación de cavidades es común⁷. La radiografía de tórax revela infiltrados bilaterales, más común con fibrosis con una cierta preferencia por las aéreas basales y perihiliares. Los ápex no son involucrados, pero un diferencial debe hacerse con tuberculosis, porque las dos entidades pueden coexistir.^{6,4} Con respecto al tratamiento, las sulfas previo a las aparición de los derivados triazólicos como el ketoconazol, itraconazol y fluconazol fueron la piedra angular del tratamiento. De acuerdo al IX Encuentro Internacional en Paracoccidioidomicosis trimetoprim/sulfametoxazol (800/160 mg cada 8 o 12 horas tomado oralmente por 30 días, luego reducido a 400/80 mg por día por un tiempo indefinido), anfotericina B deoxicolato (dosis total mayor que 30mg/kg), keto-

conazol (200 o 400 mg oralmente diariamente), itraconazol (100 o 200 mg oralmente diario) son las drogas antifúngicas mas recomendadas. SMT/TMP e itraconazol son drogas de escogencia, con anfotericina B solo indicado en casos severos^{1,3,5,8}. En la fase inicial del tratamiento, los pacientes deben someterse mensualmente a exámenes clínicos, serológicos y radiográficos. Esta fase termina con cura clínica y normalización de los valores de hemossedimentación. En un segundo periodo,

llamado tratamiento suplementario, los pacientes deben realizarse exámenes clínicos y serológicos cada 3 meses. No existe consenso en la duración del tratamiento y no se ha establecido criterio para decidir cuándo finalizarlo^{3,7,8,9}. Cura clínica indica que hay resolución de signos y síntomas, con cura de lesiones tegumentarias, involución de las linfadenopatías y recupero del peso corporal, con prueba de la negativización del agente^{3,9}.



Fig. 1. Lesión ulcerosa en lengua característica de Paracoccidioidomicosis

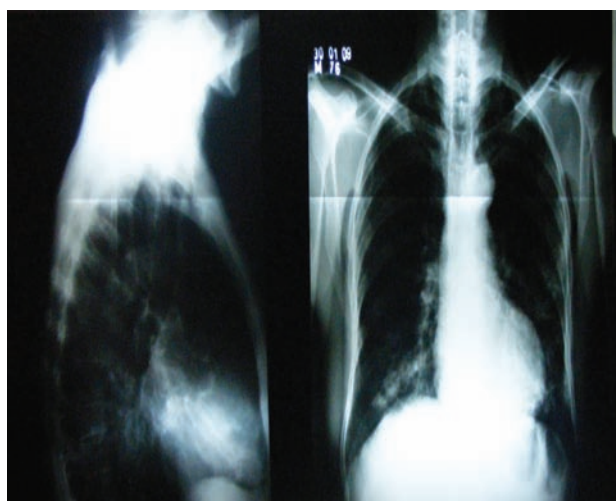


Fig. 2. Radiografía simple de tórax del paciente de caso clínico

Cuadro 1. Clasificación clínica de Paracoccidioidomicosis

Infeción Paracoccidioidomicosis
Enfermedad de Paracoccidioidomicosis
Formas aguda/subaguda
Forma crónica
Unifocal
Multifocal
Secuela residual.

Información tomada de Shikanai-Yasuna MA, Telles Filho F de Q, Mendes RP, et al. Consenso em paracoccidioidomycosis. Rev Soc Bras Med Trop 2006; 39(3):297-310

Cuadro 1. Clasificación de formas clínicas de la Paracoccidioidomicosis.²

RESUMEN

Paracoccidioidomicosis es una enfermedad sistémica, causada por un hongo dimórfico, *Paracoccidioides brasiliensis*^{6 et al.}. Su frecuencia real se desconoce debido a los casos subclínicos. Afecta a individuos de cualquier edad, sexo y raza, con franco predominio en hombres (relación masculino y femenino 9:1) de un grupo etáreo entre los 30 y 50 años y dedicados a las labores agrícolas^{2,3,9,10}.

Se desarrolla de una forma aguda, subaguda o crónica afectando cualquier órgano del cuerpo con especificidad en piel, cavidad oral o nasal entre otros. El diagnóstico es generalmente por exclusión, patológico y clínico^{2,4,8}. El tratamiento para esta enfermedad está basado

en antifúngicos, soporte nutricional y la prevención de enfermedades oportunistas^{1,10}. Se presenta el caso de un paciente de 70 años, conocido sano, sin alergia a medicamentos con una lesión ulcerosa en base de lengua de 3 meses de evolución sin síntomas asociados.

Abreviaturas: P. brasiliensis (Paracoccidioides brasiliensis) Ca: cáncer, RX: radiografía.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Chronicpulmonary paracoccidioidomycosis in Japanese Adult. Kawayama T, Sawa A, Sueyasu Y, Arikawa K, Shi-

raishi T, Ichikawa Y, Oizumi K. Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi 1996 Aug 34:8 911-5.

2. Cohen & Powderly: Infectious Diseases, 2nd ed. Copyright © 2004 Mosby, An Imprint of Elsevier
3. De Almeida OP, Jorge J, Scully C, Bozzo L. Oral manifestations of paracoccidioidomycosis. Oral Surg Med Oral Pathol 1991 Oct 72:4 430-5.
4. Humbria L; Pérez-B M; Hernández R; Yegrez F; Zeppenfeldt G; Coronado D; Gonzales-R L; Nouel R: Micosis profundaspulmonares: Casuística en el Estado Falcón, Venezuela. Microbiología 48, 1994
5. J Infect Chemother 2003;9:107-13 Ryan KJ, Ray CG (editors) (2004). *Sherri Medical Microbiology* (4th ed.). McGraw Hill. pp. p. 683.
6. Marcia Ramos-e-Silva, MD, PhD, Luciana do Espírito Santo Saraiva, MD. ParacoccidioidomycosisDermatol Clin 26 (2008) 257-269
7. Miyaji M, Kamei K. Imported mycoses: an update.
8. Restrepo A, McEwen JG, Castañeda E (2001). "The habitat of Paracoccidioides brasiliensis: how far from solving the riddle?". *Med. Mycol.* **39** (3): 233-41
9. SL Robbins, RS Cotran. Patología Estructural y Funcional. 3ª edición. Editorial Interamericana. Pág. 247-248, 1998.
10. Negroni R, Arechavala AI. Itraconazole: pharmacokitenics and indications. Arch Med Res 1993 Winter 24:4 387-93