

Paracoccidioidomycosis asociada a leishmaniasis

Paracoccidioidomycosis associated with leishmaniasis

Carolina Fernández Quiroga¹, María Emilia Candiz², Sofía Mazzaroni³, Liliana Olivares⁴ y Esteban Maronna⁵

RESUMEN

La paracoccidioidomycosis y la leishmaniasis son dos patologías infecciosas endémicas de ciertas áreas geográficas que rara vez afectan a un mismo paciente en forma simultánea.

Se presenta el caso de un hombre de 68 años, trabajador rural y enolista, en el que coexisten ambas entidades con manifestaciones

en la piel y las mucosas y que presenta excelente respuesta al tratamiento con anfotericina B.

Palabras clave: leishmaniasis, paracoccidioidomycosis, blastomycosis sudamericana, anfotericina B.

Dermatol. Argent. 2019, 25 (3): 125-127

ABSTRACT

Paracoccidioidomycosis and leishmaniasis are two infectious pathologies endemic to certain geographic areas, which rarely occur in the same patient simultaneously.

We herein present the case of a 68 year-old man, rural worker with history of chronic alcoholism, in who both entities coexist, with skin

and mucous manifestations and excellent response to treatment with amphotericin B.

Key words: leishmaniasis, paracoccidioidomycosis, South American blastomycosis, amphotericin B.

Dermatol. Argent. 2019, 25 (3): 125-127

¹ Médica Concurrente

² Médica de Planta

³ Médica Jefa de Residentes

⁴ Jefa de Unidad

⁵ Médico Patólogo

Unidad de Dermatología, Hospital de Enfermedades Infecciosas Francisco J. Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Carolina Fernández Quiroga

E-mail: carolinafernandez.uba@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 01/03/2019

Fecha de trabajo aceptado: 21/08/2019

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Un varón de 68 años, oriundo de Cochabamba (Bolivia), trabajador rural y enolista, consultó por lesiones en la mucosa bucal y la piel del pie derecho. En el examen físico presentaba edema en el labio superior que deformaba la anatomía local, evocador del llamado labio trombiforme (Foto 1). En la mucosa yugal izquierda, se observó una úlcera extensa de fondo con puntillado hemorrágico (clásica estomatitis moriforme) y en el paladar blando, con extensión a la úvula, una lesión rosada de aspecto granulomatoso (Foto 2). En el dorso del pie derecho tenía una úlcera redondeada, de 3 cm de diámetro, de fondo sanioso y bordes sobreelevados, con indentaciones que evocaban el marco de un cuadro antiguo (Foto 3). Las lesiones descritas presentaban 4 meses de evolución. El paciente refería simultaneidad de aparición de lesiones en el paladar y el pie (úlcera), por lo que se desataca la coexistencia de dos modalidades clínicas de leishmaniasis: cutánea primaria y mucocutánea.

Ante la sospecha diagnóstica de paracoccidioidomycosis o leishmaniasis se solicitaron: 1) Laboratorio: serologías HCV, HBV y HIV: no reactivo con recuento de CD4 de 515 cél./ml; resto sin particularidades. 2) Serología y prueba intradérmica para paracoccidioides: positivas. 3) Intradermorreacción de Montenegro: negativa. 4) Examen directo de la mucosa palatina: positiva para paracoccidioides. 5) Material de biopsia de la mucosa bucal y úlcera del pie derecho: frotis positivo con presencia de amastigotes en ambas muestras; el cultivo se descartó por contaminación (Instituto Dr. Mario Fatała Chaben).

Se realizaron: determinación de cortisol, ya que la paracoccidioidomycosis se asocia en 10-15% de los casos con insuficiencia suprarrenal o puede ser incluso la primera manifestación de la enfermedad. Tomografía de cuello, abdomen y pelvis para descartar compromiso de órganos internos por ambos agentes, ya que pueden comprometer órganos internos, y laringoscopia para descartar la extensión de la lesión en el paladar de ambas entidades. Todos los estudios anteriores estuvieron dentro de los parámetros normales. Además se realizó biopsia para histopatología de paladar que informó inflamación crónica con patrón granulomatoso (Foto 4), con tinciones de Ziehl Neelsen y Grocott negativas; y de úlcera de pie la cual fue inespecífica.

Se confirmó el diagnóstico de paracoccidioidomycosis crónica del adulto y leishmaniasis mucocutánea. Cabe destacar la coexistencia de ambas infecciones en el paladar, por lo que el paciente recibió tratamiento con anfotericina 0,8 mg/kg/día hasta llegar a una dosis acumulada de 2 g con controles de la potasemia. A los 2 meses presentó la resolución de las lesiones y luego continuó con itraconazol 400 mg/día por 6 meses.

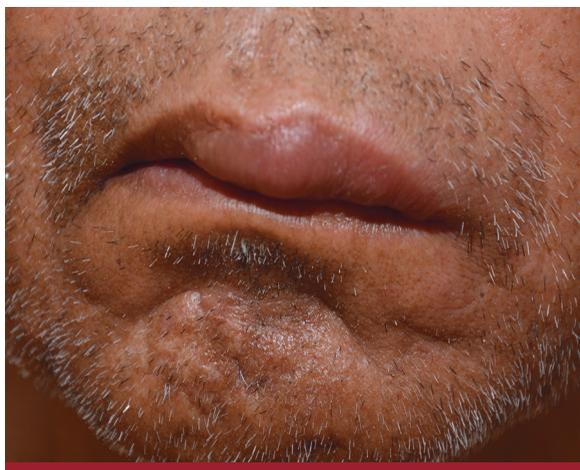


FOTO 1: Labio trombiforme.



FOTO 2: Paladar blando: lesión de aspecto granulomatoso.



FOTO 3: Úlcera en el pie derecho.

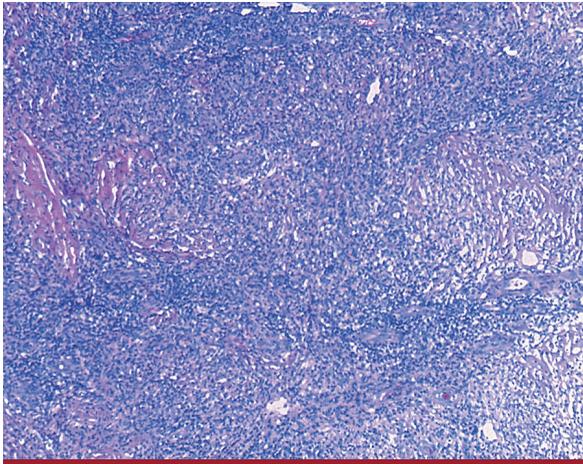


FOTO 4: Patrón granulomatoso (HyE, 100X).

COMENTARIOS

La paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica, granulomatosa, producida por el hongo dimorfo *Paracoccidioides brasiliensis*. Es endémica en las zonas húmedas tropicales y subtropicales de América Latina. Existen dos formas clínicas: la aguda (tipo juvenil) y la crónica (tipo adulto) que se observa en trabajadores rurales y en la que el tabaquismo, el etilismo y la desnutrición son factores predisponentes, como fue en el caso del paciente analizado^{1,2}.

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades causadas por distintas especies de protozoos del género *Leishmania*, transmitida en el Nuevo Mundo por el vector flebótomo hembra del subgénero *Lutzomya*. En la Argentina es endémica en las provincias del Norte, con extensión a los países vecinos. La especie aislada más frecuentemente en América Latina es *L. braziliensis*. Se manifiesta como un espectro que incluye tres formas clínicas principales: en el polo de menor resistencia, la leishmaniasis visceral; en el polo de mayor resistencia, la leishmaniasis cutánea localizada o cutánea primaria, y en el medio del espectro, la leishmaniasis mucocutánea. Esta última se produce años después de la infección primaria, por diseminación hemática desde el

foco primario en pacientes inmunológicamente predispuestos. Las lesiones mucosas suelen aparecer cuando las lesiones cutáneas han cicatrizado; sin embargo, en raras ocasiones el compromiso puede ser simultáneo³⁻⁶. En el paciente del caso analizado, las lesiones tenían el mismo tiempo de evolución y no se encontró cicatriz de una lesión de inoculación primaria. Esto suscitó dificultades para la interpretación de la forma clínica. Sin embargo, se debe destacar que la leishmaniasis no compromete la lengua ni la mucosa yugal. El paciente, si bien tenía el labio trombiforme y una úlcera moriforme en la mucosa yugal (característico de la paracoccidioidomicosis), presentaba en el paladar una extensa lesión granulomatosa que respetaba el rafe medio y que conformaba la cruz de espundia (que evoca la leishmaniasis), asociada a la coexistencia de una úlcera en el pie derecho (altamente sugestiva de lesión primaria de inoculación persistente). Estos datos semiológicos son fundamentales para el diagnóstico diferencial entre ambas entidades³⁻⁶.

El procedimiento diagnóstico de referencia de ambas enfermedades es la observación directa de levaduras con disposición “en rueda de timón” en la paracoccidioidomicosis y la demostración de amastigotes en los tejidos en la leishmaniasis. Estos hallazgos se confirman con el crecimiento del agente etiológico en cultivos o bien a través de su reconocimiento en la histopatología^{7,8}. Existen, además, pruebas intradérmicas para ambas patologías, las cuales son técnicas complementarias para el diagnóstico. Sin embargo, hay publicaciones sobre la intradermorreacción de Montenegro falsamente negativa debido a la coexistencia de paracoccidioidomicosis, como ocurrió en el paciente⁹. Se destaca la buena respuesta al tratamiento con anfotericina B de ambas patologías, en el caso aquí presentado, que concuerda con lo descrito en la literatura médica^{10,11}.

En conclusión, se presenta a un paciente con dos patologías infecciosas endémicas en una misma localización (mucosa bucal) y se destaca la coexistencia de dos modalidades clínicas de leishmaniasis (cutánea primaria y mucocutánea).

BIBLIOGRAFÍA

- Pilli F, Salinas V, Piccirilli G, Chorzepa C, et al. Paracoccidioidomicosis: a propósito de dos observaciones. *Arch Argent Dermatol* 2009;59:205-209.
- Vargas J, Vargas R. Paracoccidioidomicosis. *Rev Enferm Infect Trop* 2009;1:49-56.
- Acosta AC, Restifo EJ. Apuntes sobre leishmaniasis Actualización 2008. *Dermatol Argent* 2008;58:47-54.
- Malek JM, Ghosn SH. Leishmaniasis y otras infecciones por protozoos. En: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, et al. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. 8.ª ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2014:2527-2544.
- Gómez M, Pittana P, Urquijo P, Mela M, et al. Leishmaniasis mucocutánea diseminada. *Arch Argent Dermatol* 2012;62:193-196.
- Pizzariello G, Uranga A, Olivares L, Maronna E. Leishmaniasis cutánea diseminada, una forma clínica emergente. *Dermatol Argent* 2013;19:44-47.
- Fernández R, Arenas R. Paracoccidioidomicosis. Actualización. *Dermatol Rev Mex* 2009;53:12-21.
- Woscoff A, Kaminsky AR, Marini MA, Allevato MA. *Dermatología en Medicina Interna*. 3.ª ed. Alfaomega, Buenos Aires, 2010:65-267.
- Minaya G, Arroyo E, Vargas J, Gonzáles A. La prueba intradérmica de Montenegro en pacientes con enfermedad de Chagas: observación preliminar. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2002;19.
- De Campos EC. South American blastomycosis and American mucocutaneous leishmaniasis. Observations on two patients and therapy with amphotericin B. *Dermatol Trop Ecol Geogr* 1963;80-86.
- Albernaz PL, Lanzellotti WP, Ganança MM. Amphotericin B in the treatment of the otorhinolaryngological forms of paracoccidioidomycosis and leishmaniasis resistant to sulfas and antimonial agents. *Hospital (Rio J)* 1968;74:913-920.