

Blastomycosis Sudamericana

South American Blastomycosis
Blastomycosis Sudamericana



caso clínico

María Silvia Almirón¹ | Mirta Delia Quetglas² | Arnaldo Rafael Vallejos³

Resumen

La Blastomycosis Sudamericana es una micosis profunda, enfermedad granulomatosa subaguda o crónica, que compromete la piel, mucosas, ganglios linfáticos y órganos internos (preferentemente pulmones), tiene una evolución maligna, sin tendencia a la curación espontánea.

Común en zonas rurales de áreas tropicales, subtropicales, húmedas y boscosas, como Brasil, Paraguay, Venezuela, América Central y el norte de nuestro país, particularmente en zonas ricas en humedales extensos como lo constituye la gran masa de agua dulce de los esteros del Iberá ubicada estratégicamente en la provincia de Corrientes (Argentina).

Se presenta un caso en un varón de 52 años de edad, describiendo los hallazgos clínicos, radiográficos, anatomopatológicos y tratamiento realizado.

Palabras Clave

Paracoccidioides. Micosis profunda. Clínica-Histopatología.

Abstract

The South American Blastomycosis is a deep mycosis, a subacute granulomatose or chronic illness which engages the skin, mucosas, lymphatic nodes, and internal organs (preferably the lungs). It has a malignant evolution without trend to spontaneous curing. It is common in rural zones of tropical, subtropical, humid and woody areas such as Brazil, Paraguay, Venezuela, Central America and the north of our country, particularly in rich zones of extensive wetlands like "the Esteros

Fecha de Recepción

noviembre 2008.

Aceptado para su publicación

febrero 2009.

¹ Jefe de Trabajos Prácticos. Cátedra Anatomía Patológica.
E-mail.: masial999@yahoo.com.ar

² Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra. Anatomía Patológica.

³ Prof. Titular. Cátedra Anatomía Patológica.

del Iberá” a big mass of fresh water situated strategically in our province of Corrientes. (Argentina).

A clinical case of a fifty year old man is presented, describing his clinical findings, x-rays, anatomopathological results and treatment provided.

Key words

Paracoccidioides. Micosis deep. Clinical. Histopatología.

Resumo

A Blastomicosis Sudamericana é uma micosis profunda, doença granulomatosa subaguda ou crônica, que compromete a pele, mucosas, ganglios linfáticos e órgãos internos (preferencialmente pulmões), tem uma evolução maligna, sem tendência à cura espontânea

Comum em zonas rurais de áreas tropicais, subtropicais, húmidas e arborizadas, como Brasil, Paraguai, Venezuela, América Central e o norte de nosso país, particularmente em zonas ricas em humedales extensos como o constitui a grande massa de água doce dos esteros do Iberá localizada estrategicamente na província Corrientes (Argentina)

Apresenta-se um caso num varão de 52 anos de idade, descrevendo os achados clínicos, radiográficos, anatomopatológicos e tratamento realizado.

Palavras chave

Paracoccidioides. Micosis profunda. Clínica-Histopatología.

Introducción

La Blastomicosis Sudamericana (Sinonimia: Paracoccidioides Brasiliensis, Enfermedad de Lutz Esplendore y Almeida) es una micosis profunda cuyo agente etiológico es un exosporo denominado Paracoccidioides Brasiliensis. Este hongo presenta una morfología característica, tiene forma esférica de 15 a 20 micras de diámetro, de membrana gruesa y refringente que da la impresión de un doble contorno, rodeada de una corona de exosporos (que se los compara con una rueda de timón o hélice de avión aunque son más raros de observar en comparación con las células esféricas de brotación simple que son las

más abundantes). Las mismas presentan ubicación intra y extracelular.

Las encuestas epidemiológicas no muestran diferencias por sexo, aunque se observan un ligero predominio en los hombres y con respecto a la edad promedio oscila entre los 30 y 60 años. El periodo de incubación es largo, a veces no aparece la enfermedad hasta después de 20 o 30 años de estar en contacto con el hongo. Es adquirida por individuos con depresión de la inmunidad mediada por células, siendo la modificación de esta condición de un enorme valor pronóstico para Negroni I, quien además demostró la existencia de formas clínico-inmunológicas polares, con una amplia gama de formas intermedias, tal como existe en la lepra.

Esta enfermedad de características endémicas en el nordeste argentino y países limítrofes, es predispuesta por el trabajo agrícola como en yerbatales, cafetales y campos de agricultura en general. Se adquiere por inhalación y/o también por inoculación directa, como la producida durante la masticación de vegetales, con manifestaciones en la boca y amígdalas

Los primeros síntomas que presenta el paciente son tos, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso injustificada, el primer órgano infectado es el pulmón, y por medio del esputo empiezan a aparecer y evolucionar las lesiones bucales en forma de úlceras crónicas dolorosas que no sanan espontáneamente. Estas úlceras tienen la característica típica de una superficie granulomatosa purpúrea. El sitio de aparición más frecuente para estas lesiones son las encías, pero pueden observarse también en el paladar, lengua y el resto de la mucosa bucal.

A medida que evolucionan, las úlceras adquieren un aspecto “de mora” que da a las lesiones un puntillado característico. En etapas avanzadas de la enfermedad, además del compromiso sistémico del paciente por la infección pulmonar, se puede observar destrucción ósea progresiva de los maxilares afectados, lo que da lugar a una recesión gingival con exposición de las raíces dentarias y pérdida dentaria. La mucosa gingival adquiere una consistencia blanda, eritematosa y edematosa. También puede haber un compromiso de los tractos digestivo y respiratorio superiores.

Para hacer el diagnóstico es necesario realizar un cultivo de las lesiones, una serología para

establecer el compromiso sistémico del paciente, la prueba sub.-cutánea que confirme la presencia de paracoccidioidina y una biopsia para confirmar la presencia del *P. Brasiliensis* específicamente, ya que los síntomas y características clínicas aquí mencionados son compartidos por otras enfermedades micóticas profundas como la histoplasmosis, coccidioidomicosis y criptococosis y por enfermedades granulomatosas como la tuberculosis.

Caso Clínico

Se trata de un paciente de 52 años de sexo masculino, de profesión albañil, parcialmente desdentado, que consulta por lesiones bucales en un Servicio Externo de la Obra Social de la Unión Obrera de la Construcción de la República Argentina (UOCRA) presentando un cuadro de periodontitis dolorosa con movilidad dentaria en todas las piezas (Foto 1).

Presentó a nivel de la región del triángulo retromolar a la altura del tercer molar inferior izquierdo, lesiones erosivas vegetantes de bordes irregulares de color rojizo intenso y muy doloroso (Foto 2).

También se observaba en la punta de la lengua una despigmentación en forma de círculo (Foto 3). En la zona supero-anterior, a la altura de incisivos superiores presentaba procesos periapicales fistulizados. (Foto 4)

Al interrogatorio, refirió una evolución de más de 8 meses con dolor crónico generalizado en todo el maxilar inferior e irradiado a zonas vecinas lo que le dificultaba la masticación y la deglución. En primer lugar se decidió realizar terapia básica con raspaje, curetaje y extracción de todos los restos radiculares presentes en ambas arcadas. Se realizó palpación de los ganglios cervicales, que se encontraban móviles a los planos subyacentes. Clínicamente presentaba alteraciones generales como decaimiento, tos y pérdida gradual de peso. No respondió al tratamiento instituido inicialmente, persistiendo la misma sintomatología. Se decidió entonces, realizar estudios complementarios de sangre, radiografías de tórax y una biopsia insisional en la zona del triángulo retromolar la cual fue remitida al Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología (UNNE). En el laboratorio se realizaron la técnica de rutina con coloración de Hematoxilina – Eosina y Grocott. El estudio microscópico reveló



Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4

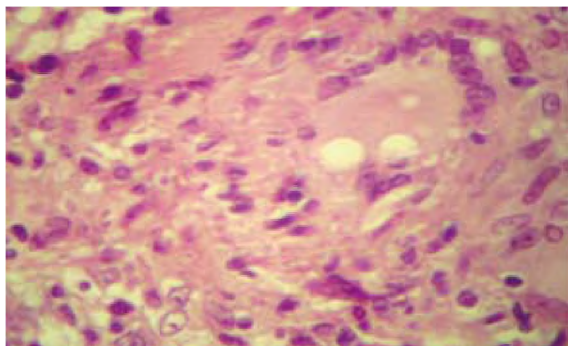


Foto 5

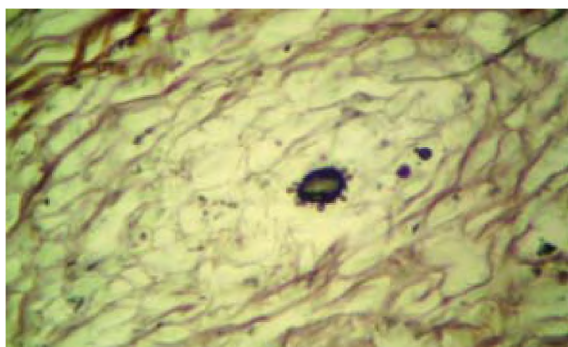


Foto 6

la mucosa con hiperplasia pseudoepiteliomatosa, acantosis y en el corion reticular colecciones de infiltrados linfoplasmocitarios rodeados de una corona de células epitelioideas con algunas células gigantes multinucleadas tipo Langhans cargadas con inclusiones citoplasmáticas negativas, redondeadas, con una gruesa membrana, que se interpretaron como la ubicación intracelular del hongo. (Foto 5)

La misma se confirmó con Grocott, distinguiéndose los exosporos. (Foto 6) .Se diagnosticó una Blastomycosis Sudamericana. El estudio radiográfico (Foto 7) mostró la imagen característica del compromiso pulmonar con cavidades cerca de la base que plantean el diagnóstico diferencial con la tuberculosis pulmonar, en las que se ubican en el vértice. Las pruebas serológicas fueron positiva.

El tratamiento realizado fue con Itraconazol 200 mg por día, con una buena evolución y recuperación del peso corporal en los primeros diez días.

Se realizaron controles periódicos y a los 3 años no se encontraron signos de recurrencia de esta afección.

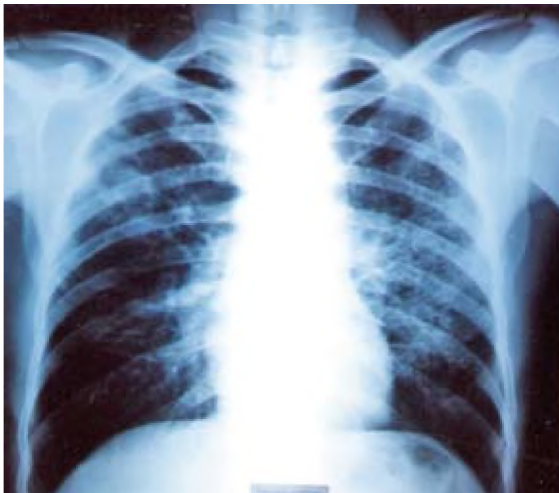


Foto 7

Discusión

La Blastomycosis Sudamericana o paracoccidiosis Brasiliensis o Enfermedad Lutz Almeida y Esplendore, es una enfermedad de fácil reconocimiento clínico y micológico, pero debido a que no son enfermedades de notificación obligatoria se desconoce la casuística real. Las lesiones bucales observadas en consultorios odontológicos generalmente son producidas por diseminación sanguínea a partir de un foco pulmonar primitivo, como lo expresan trabajos de Negróni.¹

La vía de ingreso de estas infecciones fúngicas es a través de la inhalación de esporas del hongo hacia el pulmón, a partir de la cual pueden diseminarse a otros órganos. Por ello, en concordancia con Gómez y colaboradores² frecuentemente, cursan con síntomas de un cuadro respiratorio que tiende a ser crónico. En algunos casos, dado los síntomas respiratorios como en el caso presentado, se confunden con patologías crónicas, como la tuberculosis pulmonar, o se presentan de forma sobre-agregada a esta enfermedad, dado que los hongos pueden alojarse en cavidades naturales (lesiones post-secuela de enfermedad) de las personas afectadas. Pero se han descriptos formas por inoculación directa en relación con el hábito de mascar vegetales en zonas rurales.

Por ello los métodos serológicos son herramientas útiles para aumentar la cobertura diagnóstica y esto permite realizar tratamientos oportunos y evitar secuelas.³

El grupo etario más afectado se halla entre los 41 y 70 años según estudios realizados por Rodríguez Masi 4 en el 2004, con una preponderancia del sexo masculino y una moda de 50 años en concordancia con el paciente estudiado y en relación con la bibliografía mencionada.

Es adquirida por individuos con depresión de la inmunidad mediada por células, siendo la modificación de esta condición de un enorme valor pronóstico para Negroni^{1,5} quien además demostró la existencia de formas clínico-inmunológicas polares, con una amplia gama de formas intermedias, tal como existe en la lepra. Considera como vía de entrada el tracto respiratorio produciéndose el foco primitivo en el pulmón, mientras que las lesiones bucales serían sólo manifestaciones sanguíneas del foco pulmonar, con un período de incubación largo de 20 a 30 años

Pero no debe descartarse la vía de entrada bucal a partir de la cual se disemina por vía sanguínea y por contigüidad, a los ganglios linfáticos y posteriormente a distintos órganos tales como pulmón, colon, hueso etc. Por ello se describen formas clínicas cutáneo mucosas pulmonares y mixtas.

En nuestro caso se realizó el diagnóstico por las lesiones que presentaba en cavidad bucal, coincidiendo con la casuística de Romero⁵, donde el área gingival y mucosa yugal era la más afectada, originando una paradentosis con movilización severa de las piezas dentarias y sintomatología dolorosa. En el 90 % de los casos, la primera lesión se produce en la encía y en la mucosa vecina. En estas zonas aparecen erosiones de bordes irregulares, de consistencia dura, indolora, con una superficie cubierta de puntos hemorrágicos o purpúricos que se denomina estomatitis moriforme.^{6,7,8}

Considerando los pilares diagnóstico (cuadro clínico-epidemiológico, radiología, examen histopatológico) expresados por Gómez y col.² Cabe resaltar la importancia del buen interrogatorio y del examen de la cavidad bucal en zonas endémicas que permiten como en este caso a partir de las lesiones bucales arribar al diagnóstico definitivo.

El Itraconazol es una droga de elección en la Paracoccidioidomicosis debido a sus beneficiosos resultados terapéuticos y pocos efectos adversos, tal como se evidenció en nuestro paciente.^{8,9}

El tratamiento completo duró 6 meses presentando una buena respuesta coincidiendo con los estudios de Fomerón Aquino.^(7,10)

Bibliografía

1. Negroni P, Negroni R. Micosis cutáneas y viscerales. 7ta Ed. Buenos Aires: López Libreros Ed. 1980.
2. Walter Gómez y Col. Seroprevalencia de micosis pulmonares en pacientes con sintomatología de enfermedad respiratoria crónica baja. Alto Huallaga, Perú 2004 An. Fac. med. V.67 n.2 lima Abr-jun. 2006.
3. Canteros C, Davel G, Rodero L. Inmunodiagnóstico de las micosis sistémicas. En el laboratorio y el diagnóstico de las micosis sistémicas. Buenos Aires: Instituto de enfermedades infecciosas ANLIS "Carlos G. Malbrán 2001: 99- 108.
4. Rodríguez Masi M. Estudio Clínico y epidemiológico de la Paracoccidioidomicosis. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas. EFACIM. 2004; 37 (1-2): 9-19.
5. Lupi O, Stephe K: Tropical dermatolog: Fungal tropical Disease. J Am Acad Dermatol 2005; Vol 53; 6: 931- 94.
6. Zuño Burstein Alva. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2002, 19 (1) 19: 43-47.
7. Fornerón S. Aquino Paracoccidioidomicosis: tratamiento con Itraconazol Artículo Original Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 4 (2) Diciembre 2006.
8. Lupi O., Stephen K.: Tropical dermatology: Fungal tropical disease. J Am Acad Dermatol 2005; vol 53;6: 931-94.
9. Yasuda M.: Pharmacological management of paracoccidioidomycosis. Expert Opin Pharmacother. 2005 Mar; 6(3): 385-97.
10. Hahn RC, Fontes C y col.: In vitro comparison of activities of terbinafine and itraconazol against Paracoccidioides brasiliensis. J. Clin Microbiol 2002; 40 (8): 2828-31.