

Paracoccidiomicosis sistémica en consumidor crónico de corticoides

Systemic paracoccidiomycosis in a chronic corticosteroid user

Jorge Sebastián Escobar-Salinas¹ 

Ruth María Peralta-Giménez¹ 

¹Hospital Nacional. Departamento de Medicina Interna. Servicio de Bloque Modular X0. Itauguá. Paraguay

RESUMEN

La Paracoccidiomicosis es una infección endémica. Junto con la histoplasmosis, son las infecciones micóticas más frecuentes en Latinoamérica. Esta micosis puede ser de afección local o sistémica, con un marcado tropismo por los pulmones, órganos linfoides, hígado, glándulas suprarrenales, piel y mucosa. Presentamos el caso de un varón adulto, consumidor crónico de corticoides, que desarrolla una paracoccidiomicosis sistémica con afección pulmonar y de glándulas suprarrenales con buena respuesta a la terapéutica antifúngica.

Palabras claves: Paracoccidioidomicosis, Enfermedades Pulmonares Fúngicas, Micosis, Glucocorticoides.

ABSTRACT

Paracoccidiomycosis is an endemic infection, together with histoplasmosis, they are the most frequent fungal infections in Latin America. This mycosis can be of local or systemic affection, with a marked trophism by the lungs, lymphoid organs, liver, adrenal glands, skin and mucosa. We present the case of an adult male, chronic steroid user, who develops systemic paracoccidiomycosis with pulmonary and adrenal gland involvement with good response to antifungal therapy.

Keywords: Paracoccidioidomycosis, Lung Diseases, Fungal, Mycoses, Glucocorticoids.

INTRODUCCIÓN

La Paracoccidiomicosis es una infección endémica. Junto con la histoplasmosis, son las infecciones micóticas más frecuentes en Latinoamérica. Es causada por el género *paracoccidioides*, tiene una distribución en áreas rurales tropicales y subtropicales, puede presentarse casos con serología no reactiva, de curso crónico y agudo⁽¹⁾.

Esta micosis puede ser de afección local o sistémica, con un marcado tropismo por los pulmones, órganos linfoides, hígado, glándulas suprarrenales, piel y mucosa. El

Correspondencia: joseessa@gmail.com

Fecha de recibido: 03 de noviembre de 2021

Fecha de aceptación: 26 de febrero de 2023.

Conflicto de Interés: Autores declaran no poseer conflictos de interés.

Financiación: No recibió financiación externa.

Contribución de los autores: Los autores han participado igualmente de: a- Concesión de la idea, b- Escritura del artículo y c- Aprobación de la versión a ser publicada.

diagnostico de esta afección es mediante la identificación anatomopatológica del hongo en muestras de tejidos⁽²⁾.

Presentamos el caso de un varón adulto, consumidor crónico de corticoides, que desarrolla una paracoccidiomicosis sistémica con afección pulmonar y de glándulas suprarrenales.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 63 años, procedente del sur del país, portador de artrosis bilateral de cadera de larga data, en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides, sin otras patologías de base conocidas, sin hábitos tóxicos; refiere cuadro de un mes de evolución que inicia con inapetencia, astenia, dificultad para la deglución a alimentos sólidos, tos húmeda con expectoración blanquecina en moderada cantidad y dificultad respiratoria, inicialmente a grandes esfuerzos que se acentúa progresivamente hasta presentarse con el reposo 24 horas antes de su ingreso. Ingresa a un hospital distrital de su comunidad, donde se interpreta el cuadro como una neumonía adquirida en la comunidad, se inicia cobertura antibiótica con amoxicilina + sulbactam que recibe por 10 días. Laboratorios de rutina sin particularidades. Estudios complementarios: Serología para HIV No Reactiva, marcadores tumorales dentro de parámetros conservados; cortisol AM y PM disminuidos. Se realiza tomografía axial computarizada de tórax y abdomen con contraste donde se observa en ambos pulmones múltiples imágenes nodulares, nodulillares y micronodulillares, distribuidos de vértice a base que podrían sugerir causa infecciosa entre las que se plantean tuberculosis miliar o infecciones fúngicas (Figura 1-2). En abdomen se observa aumento de tamaño de ambas glándulas suprarrenales, a expensa de imágenes nodulares en su interior con realce periférico tras contraste endovenoso. Retorno de cultivo de esputo: *Paracoccidioides sp*, Genexpert para tuberculosis negativo. Se remite paciente al Servicio del Bloque Modular X0 del Hospital Nacional, Itauguá, lúcido, hemodinámicamente estable, eupneico sin requerimiento de oxígeno suplementario con saturación por oxímetro de pulso de 96%, afebril. Se decide inicio de Anfotericina B como antifúngico. Al examen físico (datos positivos): área respiratoria: murmullo vesicular disminuido en ambas bases, no se auscultan sibilancias ni crepitantes. Piel y faneras: hiperpigmentación generalizada. Como dato negativo de valor: no se evidencia la presencia de adenomegalias ni lesiones ulcerativas en mucosa. Durante la internación se alcanza una dosis acumulada de 1g de anfotericina, con buena repuesta clínica y laboratorial, planteándose alta médica del paciente y tratamiento supresivo en forma ambulatoria con itraconazol 200mg/día.

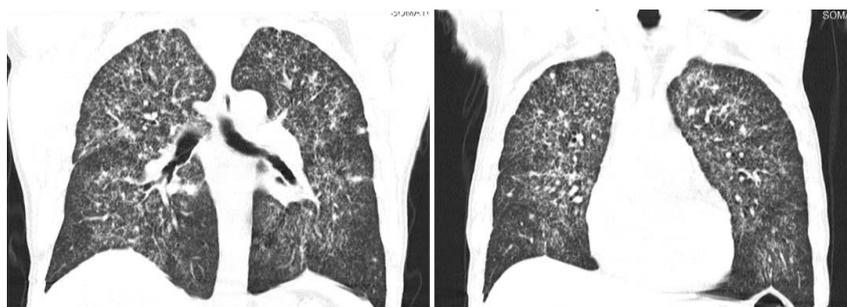


Figura 1. Corte coronal. Tomografía axial computarizada de torax.



Figura 2. Corte transversal. Tomografía axial computarizada de torax.

DISCUSIÓN

Las infecciones micóticas son consideradas oportunistas, que podrían llegar a ser mortales en pacientes inmunodeprimidos (como son los consumidores crónicos de corticoides), de difícil diagnóstico dependiendo de su afectación sistémica o local y de los órganos que se encuentren comprometidos^(3,4).

Se considera el factor predisponente de infección fúngica del caso clínico presentado una insuficiencia suprarrenal, siendo la causa más frecuente de ésta una supresión del eje hipotálamo hipófisis por administración crónica y exógena de glucocorticoides que induce una atrofia de las células corticotropas⁽⁵⁾. Esta etiología se sustenta por 2 puntos. En primer lugar por el antecedente de consumo crónico de corticoides (asociado a una artrosis bilateral de rodillas) y en segundo lugar por los valores de cortisol AM y PM disminuidos⁽⁶⁾.

El diagnóstico de infecciones micóticas siempre representan un reto para el internista, al presentarse con signos y sistemas inespecíficos por lo que los estudios complementarios son fundamentales, siendo el examen micológico y el cultivo considerados Gold Estándar. Sin embargo, deben descartarse otras patologías y discriminar otros diagnósticos diferenciales en pacientes que presenten cuadros de curso subagudo a crónico, con síndrome febril prolongado, síndrome constitucional y datos que sugieran algún tipo de inmunosupresión⁽⁷⁾.

El caso expuesto corresponde a una forma de presentación crónica y sistémica, que representa la más frecuente, hasta en un 85% de los pacientes, teniendo en cuenta la afectación pulmonar y suprarrenal. Esta patología es de resolución espontánea muy infrecuente, pudiendo llegar a ser mortal en un 8,9% si la infección progresa, por lo que iniciar la terapia antifúngica es fundamental para la resolución del cuadro^(8,9).

El tratamiento antifúngico podría extenderse de 6 a 24 meses de acuerdo a criterios clínicos, radiológicos y séricos. En las formas leves a moderadas se recomienda como primera línea el itraconazol a una dosis de 200mg/día y en las formas graves, el tratamiento endovenoso con anfotericina B; en este caso se optó por iniciar el tratamiento

con anfotericina B debido a la no disponibilidad y a la dificultad de adquisición del itraconazol en el sector de salud pública^(7,8).

Referencias Bibliográficas

1. Tracogna M, Fernández-Lugo S, Gariboglio-Vázquez M, Fernández M, Adriani M, Presti S, et al. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con paracoccidiodomicosis diagnosticados en un hospital de Resistencia, Chaco. *Rev Argent Microbiol.* 2019; 51(2):144-7.
2. Iglesias M, Salinas E, Galeano A. Paracoccidiodomicosis: manifestaciones orales y sistémicas. Relato de caso clínico. *Rev Acad Sci Oralis Salut.* 2020;2(1):74-80.
3. Escobar-Salinas JS, Olmedo EF, Storm G, Peralta-Giménez RM. Aspergilosis pulmonar en paciente inmunodeprimido. *Rev Inst Med Trop.* junio de 2021;16(1):55-9.
4. Ramos Martínez A, Pintos Pascual I, Múñez Rubio E. Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico de la neumonía en el paciente inmunocomprometido. *Medicine (Baltimore).* 2018;12(55):3281-4.
5. Aulinas A, Casanueva F, Goñi F, Monereo S, Moreno B, Picó A, et al. Insuficiencia suprarrenal y su tratamiento sustitutivo. Su realidad en España. *Endocrinol Nutr.* 2013;60(3):136-43.
6. Reyes-Justiniano A, Beltrán-Luna E, Caballero-Chacón M. Enfermedad de Addison e insuficiencia adrenal aguda: Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Cuad Hosp Clínicas.* 2021;62(1):63-71.
7. Choque-Barrera M, Suárez-Barrientos E, Calderón-López M. Paracoccidiodomicosis, a propósito de un caso. *Gac Med Bol.* 2015;38(1):30-3.
8. Sanabria C, Alarcón M, Alarcón I, Jaimes M. Paracoccidiodomicosis. Una enfermedad multisistémica. *Acta Med Colomb.* 2018;43(2):111-4.
9. Lemus-Espinoza D, Maniscalchi-Badaoui M, Wahab F, Sigona I. Mortalidad por micosis sistémicas no asociadas a VIH, en Venezuela. Período 1995-2013. *Invest Clin.* 2018;59(2):107-17.