REVISTA VIRTUAL
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

REPORTE DE CASO

https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2026.e13142615

Úlcera perianal como manifestación de paracoccidioidomicosis sistémica

Perianal ulcer as a manifestation of systemic paracoccidioidomycosis

Camila Luján Torres Franco[1], **Alejandra Noemí Alfonzo Ramos**[1]

[1] *Hospital Central Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay.*

Editor responsable: *Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.*

Revisora:
Martha Rosa Lourdes Marín Ricart. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Centro Médico Nacional. Hospital Nacional. Itauguá, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Torres Franco CL, Alfonzo Ramos AN. Úlcera perianal como manifestación de paracoccidioidomicosis sistémica. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142615

RESUMEN

La paracoccidioidomicosis (PCM) es una micosis sistémica endémica de América Latina, causada por hongos termo-dimórficos del género *Paracoccidioides*, que afecta predominantemente a varones adultos con antecedentes de exposición a áreas rurales. Sus manifestaciones clínicas son variables y dependen de la forma de presentación y de la diseminación del agente, siendo infrecuente el compromiso anorrectal.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 54 años, que consultó por una úlcera perianal crónica dolorosa de un año de evolución, asociada a pérdida de peso significativa y síntomas respiratorios progresivos. Los estudios complementarios evidenciaron compromiso pulmonar cavitario, lesiones laríngeas, afectación intestinal y compromiso neurológico. El estudio microbiológico y anatomo-

Artículo recibido: *9 enero 2026*
Artículo aceptado*: 5 febrero 2026*

Autor correspondiente:
Dra. Camila Luján Torres Franco
Correo electrónico: torrescami15@gmail.com

Dictamen:
https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/83_26_dictamen.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

patológico de la lesión perianal confirmaron el diagnóstico de PCM sistémica. Durante la evolución, el paciente presentó complicaciones asociadas al tratamiento antifúngico, incluyendo injuria renal aguda y encefalitis infecciosa, lo que motivó múltiples ajustes terapéuticos hasta lograr mejoría clínica con voriconazol.

Este caso resalta la importancia de considerar la PCM dentro del diagnóstico diferencial de úlceras perianales crónicas en pacientes provenientes de áreas endémicas, así como la necesidad de un enfoque terapéutico individualizado y multidisciplinario ante presentaciones clínicas atípicas y evolución compleja.

Palabras claves: paracoccidioidomicosis, úlcera, enfermedades del ano, infecciones fúngicas invasoras, enfermedades endémicas

ABSTRACT

Paracoccidioidomycosis (PCM) is a systemic mycosis endemic to Latin America, caused by thermo-dimorphic fungi of the genus *Paracoccidioides*, which predominantly affects adult males with a history of exposure to rural areas. Its clinical manifestations are variable and depend on the form of presentation and dissemination of the agent, with anorectal involvement being uncommon.

We present the case of a 54-year-old male patient who consulted for a chronic painful perianal ulcer of one year's evolution, associated with significant weight loss and progressive respiratory symptoms. Complementary studies revealed cavitary pulmonary involvement, laryngeal lesions, intestinal involvement, and neurological involvement. Microbiological and anatomopathological studies of the perianal lesion confirmed the diagnosis of systemic PCM. During the course of the disease, the patient developed complications associated with antifungal treatment, including acute renal injury and infectious encephalitis, which led to multiple therapeutic adjustments until clinical improvement was achieved with voriconazole.

This case highlights the importance of considering PCM in the differential diagnosis of chronic perianal ulcers in patients from endemic areas, as well as the need for an individualized and multidisciplinary therapeutic approach in the face of atypical clinical presentations and complex evolution.

Keywords: paracoccidioidomycosis, ulcer, diseases of the anus, invasive fungal infections, endemic diseases

INTRODUCCIÓN

La paracoccidioidomicosis (PCM) es una enfermedad fúngica sistémica causada por hongos termo-dimórficos que actualmente incluyen dos especies: *Paracoccidioides brasiliensis* (*P. brasiliensis*) y *Paracoccidioides lutzii* (*P. lutzii*), con una distribución geográfica específica limitada a México, América Central y Sudamérica, predominando en Brasil, Argentina y Colombia[1,2], con circulación documentada también en Paraguay[9]. Las especies de *Paracoccidioides* proliferan saprofíticamente en los suelos de las zonas endémicas, donde condiciones de humedad y temperatura favorecen su crecimiento. Se han identificado reservorios animales, incluyendo a los armadillos (*Dasypus novemcinctus*), los zorros de campo (*Cerdocyon thous*, un tipo de cánido) y las pacas (*Cuniculus paca*) [1,3,4].

La enfermedad exhibe una clara predominancia en el sexo masculino, atribuible a una protección hormonal en las mujeres, mediada por la interacción del estrógeno (17-B-estradiol) con una proteína receptora del hongo, lo que impide la conversión de su forma micelial a la levaduriforme [5]. Los principales factores de riesgo para contraer la infección incluyen actividades relacionadas con la exposición a suelos contaminados como la agricultura, jardinería, manipulación del suelo y transporte de vegetales, así como el tabaquismo, el consumo de alcohol y estados de desnutrición [6].

La infección se adquiere por inhalación y puede manifestarse en formas clínicas agudas/subagudas o crónicas [3,6,7]. La forma

aguda/subaguda se observa principalmente en individuos menores de 30 años y se caracteriza por síntomas como pérdida de peso, fiebre, anemia, múltiples adenopatías y afectación de órganos como el hígado, el bazo y la médula ósea. En cambio, la forma crónica (74-96%) representa una reactivación de la infección primaria. Afecta comúnmente a personas entre 30 y 60 años y puede diseminarse a cualquier parte del cuerpo por vía linfática o hematógena. Los pulmones son los principales órganos comprometidos (42 al 89,4% de los casos) seguidos por el tracto aerodigestivo superior y la piel. La afectación intestinal varía entre el 2,7 y el 28,4%, mientras que las lesiones anales se presentan solo en el 1,3 al 2,4% de los pacientes. La patogénesis de las lesiones anales aún no está clara; podrían ser secundarias a la diseminación sistémica o por enfermedad local [1,7,8], habiéndose reportado en Paraguay casos de compromiso cutáneo en el contexto de formas sistémicas de la enfermedad [9,10].

El tratamiento depende de la gravedad de la infección. Varios antifúngicos han demostrado ser efectivos, incluyendo derivados de azoles (ketoconazol, fluconazol, itraconazol, voriconazol, posaconazol e isavuconazol), derivados de sulfonamidas (cotrimoxazol, sulfadiazina) y anfotericina B (formulaciones en desoxicolato, lipídicas, complejo liposomal) para formas severas [1,6].

Presentamos el caso de un paciente evaluado inicialmente por una úlcera perianal crónica, manifestación clínica inusual de la PCM sistémica. La profesión del paciente, su residencia en una zona endémica y los factores de riesgo asociados, como la exposición prolongada al ambiente rural, resaltan la importancia de considerar este tipo de patologías dentro del diagnóstico diferencial. Además, la evolución atípica de la enfermedad, que obligó a modificar el tratamiento habitual en varias ocasiones, resalta la necesidad de un enfoque flexible y personalizado en el manejo de esta infección.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 54 años, originario de San Pedro, Paraguay, trabajador de una estancia en Filadelfia (Chaco), tabaquista de larga data, consulta por lesión ulcerada interglútea dolorosa de 1 año de evolución, junto con pérdida de peso (15 kg involuntarios). Cuatro meses antes del ingreso se agrega disfonía, tos, hemoptisis en escasa cantidad y dificultad respiratoria progresiva. Acude a Hospital de Filadelfia por empeoramiento de disnea y del dolor de la úlcera perianal. Se realiza tomografía simple de tórax, informando lesión cavernomatosa en lóbulo inferior pulmonar derecho, además de cultivo de lesión perianal donde se aísla *S. aureus* meticilino resistente y esporas micóticas. Recibe antibioticoterapia dirigida y es trasladado a nuestro centro por sospecha de micosis sistémica.

Figura 1. Lesión ulcerada en región interglútea con fondo eritematoso y secreción purulenta moderada, de aproximadamente 3 cm de longitud, con bordes netos y regulares.

Ingresa hemodinámicamente estable, Glasgow 15, sin requerimiento de oxígeno suplementario. Al examen físico se hallan crepitantes en ambas regiones subescapulares, lesión ulcerada interglútea (figura 1) de 3 cm con bordes netos, fondo

eritematoso y secreción purulenta en moderada cantidad, cuyo raspado revela levaduras multigemantes compatibles con PCM, que posteriormente se confirma con cultivo y biopsia para estudio anatomopatológico de la lesión. Se realiza además barrido tomográfico contrastado que muestra persistencia de la lesión cavernomatosa pulmonar *(*figura 2). La nasofibrobroncoscopia detecta lesión papilomatosa interaritenoidea. Entre sus análisis se halla VDRL reactivo 1:64, ELISA para VIH negativo, Genexpert de esputo y BAL negativos. Se inicia tratamiento con anfotericina B desoxicolato y penicilina G benzatínica.

Figura 2. Lesión cavernomatosa en lóbulo pulmonar inferior derecho junto con opacidades difusas bilaterales irregulares.

Al día 5 del tratamiento se suspende anfotericina B desoxicolato por injuria renal aguda, por lo que inicia itraconazol vía oral. Posteriormente, presenta episodio convulsivo de breve duración, sin hallazgos significativos en tomografía de cráneo ni en la punción lumbar. Se realiza resonancia magnética que informa signos compatibles con encefalitis aguda, por lo que se suspende itraconazol e inicia trimetoprim/sulfametoxazol y anfotericina B liposomal. Ante anemia persistente, se realiza endoscopia digestiva alta y colonoscopia que informa estenosis en colon ascendente con biopsia que confirma proceso granulomatoso crónico compatible con micosis sistémica. Durante tratamiento con anfotericina b liposomal nuevamente presenta injuria renal aguda, por lo que se suspende y, debido al empeoramiento de las lesiones en neuroimagen, se decide iniciar voriconazol con lo que demostró mejoría progresiva y fue dado de alta con dicha medicación vía oral.

DISCUSIÓN

El presente caso subraya la importancia de reconocer la PCM sistémica como una entidad con manifestaciones clínicas inusuales, destacándose una úlcera perianal crónica como presentación primaria. Esta forma de presentación es extremadamente rara, con una incidencia reportada entre el 1,3% y 2,4% de los casos, lo que añade complejidad al diagnóstico y manejo del paciente[8], especialmente en países endémicos como Paraguay, donde persisten reportes recientes de formas clínicas sistémicas con compromiso cutáneo [9,10].

La PCM se caracteriza por su curso clínico variable, dependiendo en gran medida de la forma de adquisición y la respuesta inmunológica del huésped. En este caso, la manifestación inicial a través de una lesión perianal, junto con la aparición progresiva de síntomas respiratorios, como la hemoptisis y la disnea, sugiere una diseminación sistémica subyacente del hongo. Este tipo de presentación resalta la importancia de considerar la PCM en el diagnóstico diferencial de úlceras crónicas, especialmente en pacientes provenientes de áreas endémicas y con factores de riesgo asociados, como la exposición a suelos contaminados y el tabaquismo [1,3,7].

El manejo terapéutico fue particularmente desafiante, ya que el paciente requirió múltiples cambios de antifúngicos debido a complicaciones asociadas, como la injuria renal aguda y la encefalitis infecciosa [6]. La evolución atípica de la enfermedad obligó a un enfoque flexible, ajustando el tratamiento conforme a la respuesta del paciente y las nuevas complicaciones, lo que destaca la necesidad de un manejo personalizado y multidisciplinario en casos complejos de PCM [1,5,6].

Este caso resalta la importancia de la vigilancia constante y la reevaluación periódica del tratamiento, no solo por la variabilidad en la respuesta a los anti-

fúngicos, sino también por la aparición de complicaciones que pueden modificar la evolución clínica [6]. La experiencia obtenida de este caso particular contribuye al entendimiento de las formas menos comunes de presentación de la PCM y subraya la relevancia de considerar la enfermedad en casos de úlceras crónicas de etiología incierta, especialmente en regiones endémicas [8].

Finalmente, este reporte destaca la importancia de una comunicación efectiva entre los diferentes especialistas involucrados en el manejo del paciente, garantizando un enfoque coordinado que permita abordar tanto la enfermedad primaria como las complicaciones asociadas, mejorando así el pronóstico y la calidad de vida del paciente a largo plazo [5].

Conflicto de intereses

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron para la redacción de este artículo.

Financiamiento

Autofinanciado.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente:

Dra. Camila Luján Torres Franco, Correo electrónico: torrescami15@gmail.com

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/83_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Lopes Colombo A, Queiroz-Telles F, Gonçalves Kono AS, Paniago AMM, et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioidomycosis. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2017 [cited 2024 Oct 10];50(5):715-40. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746570/

2. Turissini DA, Gomez OM, Teixeira MM, McEwen JG, Matute DR. Species boundaries in the human pathogen paracoccidioides. Fungal Genet Biol [Internet]. 2017 [cited 2024 Oct 10];106:9-25. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28602831/

3. Martinez R. New trends in paracoccidioidomycosis epidemiology. J Fungi (Basel) [Internet]. 2017 [cited 2024 Oct 10];3(1):1. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29371520/

4. Scramignon-Costa BS, Almeida-Silva F, Wanke B, Weksler M, Moratelli R, Francesconi do Valledo AC, et al. Molecular eco-epidemiology of paracoccidioides brasiliensis in road-killed mammals reveals cerdocyon thous and cuniculus paca as new hosts harboring this fungal pathogen. PLoS One [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 10];16(8):e0256668. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34428263/

5. Aldama OM, Aldama A, Martínez MJ, Rivelli V, Pereira J, Alvarenga MV, et al. Paracoccidioidomicosis: localización podal única manifestación mucocutánea. A propósito de cuatro casos. Dermatol Cosm Med Quir [Internet]. 2017 [citado 10 Oct 2024];15(4):246–51. Disponible en: https://api.index-360.com/static/article/pdf_1/14459/DCMQ_2017_V15-N4-08.pdf?action=open

6. Sousa JAB, Sá RS, Pereira EM. Consequences of late diagnosis paracoccidioidomycosis: case report. J Bras Patol Med Lab [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 10];57:e2372021. Available from: https://www.scielo.br/j/jbpml/a/DnBFRQcrVML3kchDQdG9xvj/?format=pdf&lang=en
7. Renz da Cruz E, Forno AD, Apratto Pacheco S, Goldmann Bigarella L, Remus Ballotin V, Salgado K, et al. Intestinal Paracoccidioidomycosis: Case report and systematic review. Braz J Infect Dis [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 10];25(4):101605. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34461048/
8. Mendes RP, de Souza Cavalcante R, Alencar Marques S, Alencar Marques ME, Venturini J, Sylvestre TF, et al. Paracoccidioidomycosis: Current perspectives from Brazil. Open Microbiol J [Internet]. 2017 [cited 2024 Oct 10];11:224-82. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29204222/
9. Araújo López PV, Aguilar Fernández G, Zancopé-Oliveira R. Pasado y presente de la paracoccidioidomicosis en Paraguay. Rev Nac (Itauguá) [Internet]. 2024 [citado 10 Oct 2024];16(3):167–96. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742024000300167
10. Aldama Caballero A, González F, Insaurralde S, Cáceres R, Aguilar Fernández G, Araujo PV, Montoya C. Paracoccidioidomicosis crónica multifocal en mujer en edad reproductiva. An Fac Cienc Méd (Asunción) [Internet]. 2025 [citado 10 Oct 2024];58(2):90–5. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492025000200090