

Problemas Clínicos en Micología Médica: problema nº 6

Ricardo Negróni y Silvia Helou

Unidad de Micología, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz, Buenos Aires, Argentina

Paciente sexo femenino, de 38 años de edad, nacida en el Departamento San Martín de la República del Perú, en una zona rural de clima amazónico. Vivía en la Ciudad de Buenos Aires desde hacía 7 años. Sin antecedentes patológicos previos de interés, refirió que desde hacía 10 años presentaba en la región glútea derecha una placa eritematosa y descamativa, que era asintomática.

Al examen físico se comprobó una placa de 9 x 8 cm de diámetro, situada en la nalga derecha, de aspecto dermoepidérmico, de bordes ligeramente elevados, de consistencia dura, eritematosa y escamocostrosa en la periferia. La parte central era ligeramente deprimida con zonas de piel sana (Figura 1). El resto del examen físico no

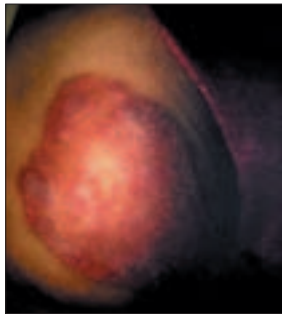


Figura 1

reveló anormalidades y su estado de salud general era muy bueno. Había sido vista anteriormente por un especialista en dermatología, se le había realizado una biopsia cutánea cuyo diagnóstico histopatológico fue concluyente y basado en este resultado se le indicó un tratamiento con terbinafina 500 mg/día durante aproximadamente 1 año y luego itraconazol 400 mg/día, durante 11 meses. En el curso de este último tratamiento fue controlada por nosotros, la lesión cutánea no evidenciaba mejoría, tuvo intolerancia digestiva leve al itraconazol y a los 6 meses de tratamiento se le efectuó una biopsia cutánea cuyo examen histopatológico reveló acantosis epidérmica y en la dermis un proceso inflamatorio granulomatoso, con áreas de supuración, células epitelioideas y gigantes y en la parte periférica

infiltrado linfoplasmocitario. Dentro de algunas células gigantes se comprobaron elementos esféricos de 8 a 13 µm de diámetro, de pared gruesa con doble contorno, color pardo, tabique ecuatorial y agrupados de a tres o cuatro elementos.

Al finalizar los 11 meses de tratamiento con itraconazol la lesión cutánea no había sufrido modificaciones y se extrajeron escamocostras para el examen microscópico directo con hidróxido de potasio al 40 %, que demostró la presencia de elementos similares comprobados en la histopatología (Figura 2). Tanto con el material obtenido de la biopsia como con aquel resultante de la extracción de las escamocostras, se obtuvieron cultivos con el desarrollo de colonias negras en medio de Sabouraud y Lactrimel con antibiótico. Los microcultivos de esta colonia presentaron el aspecto microscópico registrado en la Figura 3.

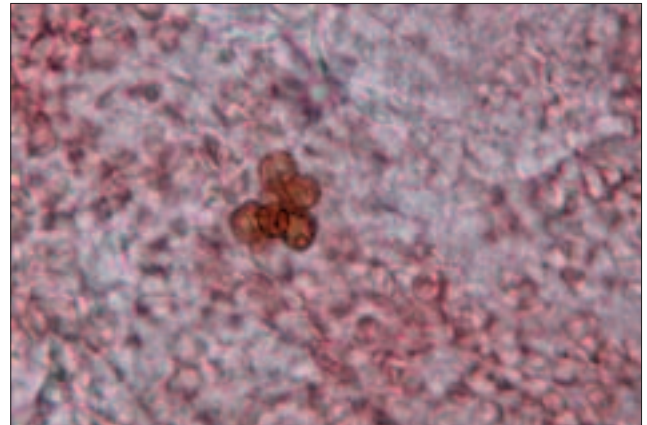


Figura 2

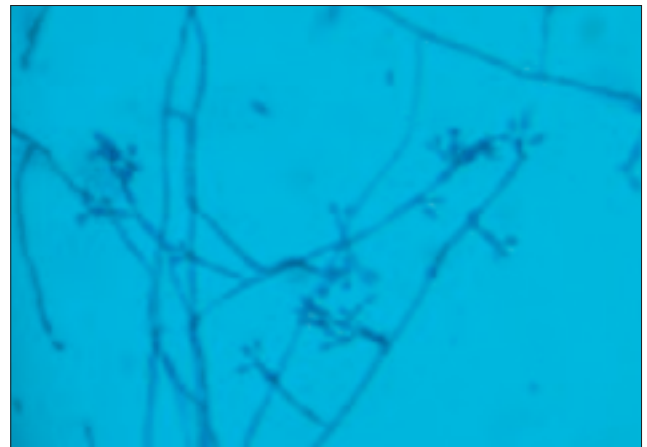


Figura 3

Dirección para correspondencia:

Dr. Ricardo Negróni
Juncal 3475 - 4.º C
1425 Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: +54 11 822 8150
E-mail: ricardox@janssen.com.ar

Se consideró, por lo tanto, que la paciente era refractaria a los tratamientos existentes para su infección fúngica y se le propuso efectuar un tratamiento prolongado con una droga en periodo de experimentación.

En el momento de iniciar el tratamiento con este fármaco, el examen físico de la paciente demostró una persona en buen estado general, 1,50 m de estatura, 53 kg de peso, afebril, tensión arterial 110/65 mm Hg., frecuencia respiratoria 16 por minuto y frecuencia cardíaca de 82 pulsaciones por minuto. El resto, al examen físico, no presentó anormalidades. Los exámenes complementarios de laboratorio, incluyendo citología de sangre, bioquímica y análisis de orina exhibieron resultados dentro de los límites normales. El electrocardiograma reveló un trazado normal, con ritmo sinusal y la prueba de embarazo fue negativa. En la Figura 4 se muestra el aspecto de la lesión tras el tratamiento.

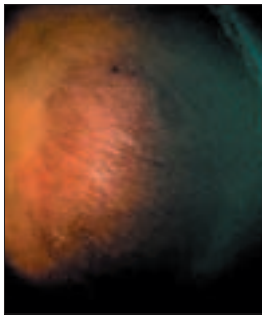


Figura 4

Preguntas:

- 1) ¿A qué síndrome clínico corresponden las lesiones encontradas en esta paciente?
- 2) ¿Cuáles son las causas más frecuentes de este síndrome?
- 3) ¿Qué determinaciones pediría Ud. para descartar todas las causas de este cuadro clínico?
- 4) ¿Cuál considera Ud. que es el diagnóstico que corresponde a esta paciente y cuál fue el agente etiológico aislado?
- 5) De los tratamientos suministrados a la enferma, ¿qué droga antifúngica hubiese estado indicada y no fue dada a la paciente?
- 6) ¿Cuál presupone Ud. que fue la droga en experimentación indicada?

Respuestas:

- 1) Es el síndrome verrugoso cutáneo, más frecuente en zonas tropicales.
- 2) Las causas son: tuberculosis cutánea y otras infecciones por micobacterias, cromoblastomycosis, esporotricosis fija, leishmaniasis, piodermatitis vegetante, sífilis terciaria y epitelomas cutáneos.
- 3) La histopatología encuentra características histológicas típicas en epitelomas cutáneos, cromoblastomycosis y sífilis terciaria. Aunque los caracteres histológicos suelen no ser típicos, los hallazgos encontrados orientan al diagnóstico de leishmaniasis, tuberculosis y esporotricosis. Las pruebas serológicas de VDRL y las reacciones treponémicas permiten la orientación diagnóstica en sífilis. El examen microbiológico de biopsias cutáneas es esencial en tuberculosis y otras micobacteriosis (presencia de bacilos ácido-alcohol-resistentes y aislamiento en medios de cultivo especiales), esporotricosis (aislamiento en cultivos de *S. schenckii*), piodermatitis vegetante (aislamiento de *Staphylococcus aureus*), leishmaniasis (búsqueda de amastigotes y cultivos de promastigotes) y cromoblastomycosis (hallazgo de cuerpos esclerotales y cultivo de hongos negros). Las intradermorreacciones con tuberculina (PPD 2UT), con leishmanina (prueba de Montenegro) y con esporotriquina son importantes elementos orientadores del diagnóstico.
- 4) La presencia de cuerpos esclerotales tanto en la histopatología cuanto en las escamocostras, permite el diagnóstico de cromoblastomycosis; el agente aislado presenta dos tipos de fructificación asexual (*Cladosporium* y *Rhinoctadiella*) por lo que el microorganismo causal puede ser clasificado como *Fonsecaea pedrosoi*.
- 5) El tratamiento de elección en este caso hubiese sido la asociación de itraconazol a razón de 400 mg/día con 5-fluorocitosina en la dosis diaria de 100 mg/kg peso. Esta última droga no se le pudo suministrar porque en la mayor parte de los países de América Latina ha sido sacada del mercado.
- 6) De las nuevas drogas antifúngicas sólo los triazólicos de segunda generación son eficaces frente a los hongos negros productores de micosis profunda. Las alternativas actuales son voriconazol o posaconazol. La droga empleada en este caso fue esta última a razón de 800 mg/día suministrados en dos tomas después de las comidas. Recibió esta medicación durante 285 días al cabo de los cuales estaba clínicamente curada, histopatológicamente no se encontraron alteraciones compatibles con cromoblastomycosis y los cultivos de la biopsia cutánea fueron negativos.