



## Paracoccidioidomicosis en un niño de cuatro años

Maria Celina Vedoya<sup>1</sup>, Martha G. Medvedeff<sup>1</sup>, Beda E. Mereles<sup>1</sup>,  
Miriam E. Chade<sup>1</sup>, María Angélica Lorenzati<sup>2,3</sup> y Ana E. Thea<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Micología. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones. UNaM; <sup>2</sup>Cátedra de Patología Humana. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones. UNaM; <sup>3</sup>Servicio de Patología. "Hospital Ramón Madariaga" Posadas, Misiones, Argentina

**Resumen** Se presenta un caso de paracoccidioidomicosis en un niño de cuatro años con fiebre, linfadenopatías y hepatosplenomegalia. Se confirmó el diagnóstico por serología e histopatología de biopsia ganglionar. El paciente fue tratado con anfotericina B. A las 48 h se observó mejoría clínica con una considerable remisión de las adenopatías.

**Palabras clave** Paracoccidioidomicosis, Linfadenopatías, Niño

## Paracoccidioidomycosis in a four year old boy

**Summary** A paracoccidioidomycosis case in a four-year old boy, with fever, lymphadenopathy and hepatosplenomegaly is presented. The diagnosis was confirmed by serology and lymph node biopsy. The patient was treated with amphotericin B. After 48 hours, clinical improvement and considerable adenopathies remission were observed.

**Key words** Paracoccidioidomycosis, Lymphadenopathy, Child

La paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica granulomatosa y supurativa, que puede dar una infección subclínica o ser de evolución aguda, subaguda o crónica. Es endémica de regiones tropicales y subtropicales húmedas de América Latina, y la produce el hongo difásico llamado *Paracoccidioides brasiliensis* [1,5].

Desde el punto de vista clínico se reconocen dos formas: la juvenil, de evolución aguda o subaguda, y la del adulto, de evolución crónica, ambas asociadas al compromiso de diferentes órganos [3].

La forma juvenil representa del 5% al 10% de los casos, y afecta el bazo, hígado, ganglios linfáticos y médula ósea de niños o adultos jóvenes [2,6,7]. El pronóstico es grave y su curso puede ser letal [1].

A propósito de ello se describe un caso clínico pediátrico, con el objetivo de remarcar la importancia de su diagnóstico diferencial con otras patologías en las zonas endémicas de esta enfermedad.

Se presenta un paciente de cuatro años de edad de sexo masculino, oriundo de una zona rural próxima a la ciudad de Encarnación (Paraguay). Su enfermedad actual,

comenzó cuatro meses antes con fiebre de 38 °C a 40 °C, con ganglios inflamados y deterioro progresivo de su estado general. En mayo de 2007 fue internado en el hospital provincial de pediatría "Dr. Fernando Barreyro" de la ciudad de Posadas (Misiones, Argentina), por fiebre, anorexia, pérdida de peso considerable y palidez. En el examen clínico se palparon adenopatías bilaterales en cuello, región occipital, retro y preauriculares, cervical y submaxilar. Además, se detectaron adenomegalias axilares, supraclaviculares e inguinales y se detectó hepatosplenomegalia y abdomen distendido. La radiografía de tórax presentó infiltrados perihiliares bilaterales. La ecografía abdominal mostró bazo e hígado aumentados de tamaño y múltiples imágenes nodulares en retroperitoneo. Se realizó un TAC de tórax, que mostró adenopatías axilares bilaterales con leve derrame pleural bilateral, y un TAC de abdomen, que evidenció hepatosplenomegalia con múltiples adenopatías, con lesiones hipodensas subcapsulares e imágenes de tipo densas (quisticas).

El perfil bioquímico acusó una eritrosedimentación globular de 107 mm en la primera hora, hematocrito del 19%, leucocitosis de 20.000 células/μl y eosinofilia marcada, bilirrubinemia total de 1,46 mg/dl, bilirrubina directa de 1,35 mg/dl, transaminasa glutámico pirúvica 20 UI/l, transaminasa glutámico oxalacética 25UI/l, fosfatasa alcalina 665UI/l, proteínas totales 5,02 g/dl, albúmina 1,93 gr/dl, glucemia, uremia, calcemia y orina normales. Se envió muestra de biopsia ganglionar al servicio de patología del hospital "Dr. Ramón Madariaga" y suero al laboratorio de la Cátedra de Micología de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales (UNaM) para la búsqueda de anticuerpos anti-*Paracoccidioides brasiliensis*. El estudio histopatológico reveló linfadenitis granulomatosa con elementos micóticos compatibles con *P. brasiliensis* (Figuras 1,2) [4]. El estudio serológico se realizó empleando la técnica de inmunodifusión doble en gel de

### Dirección para correspondencia:

Dra. Martha G. Medvedeff  
Beato Roque González 835  
3300 Posadas, Misiones  
República Argentina  
Tel.: +54 3752439715  
Fax: +54 3752435118  
E-mail: mmedve@arnet.com.ar

Aceptado para publicación el 13 de noviembre de 2007

©2008 Revista Iberoamericana de Micología  
Apdo. 699, E-48080 Bilbao (Spain)  
1130-1406/01/10.00 €

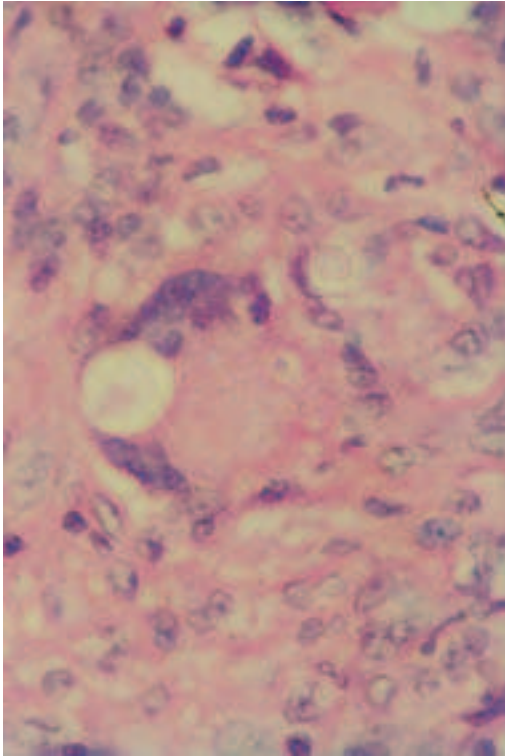


Figura 1. Ganglio linfático con reacción granulomatosa y célula gigante multinucleada tipo Langhans, con levaduras intracitoplasmáticas. Tinción de hematoxilina-eosina (x400).

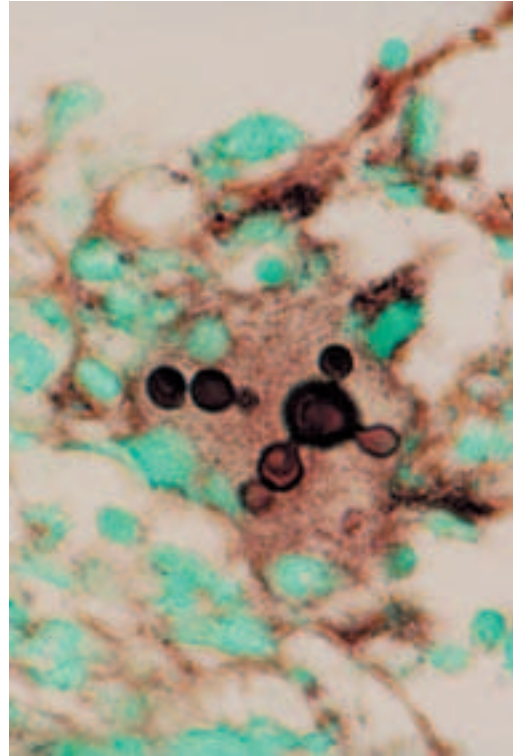


Figura 2. Levaduras de *Paracoccidioides brasiliensis* con gemación múltiple. Tinción con metenamina de plata (Gomori-Grocott) (x1000).

agarosa, que reveló bandas de identidad con paracoccidioidina (Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas “Dr. Carlos G. Malbrán”, Buenos Aires, Argentina) hasta un título de 1:32. Con este diagnóstico el paciente fue tratado con anfotericina B. A los siete días se observó mejoría clínica con una considerable remisión de las adenopatías, sin disminución del título de anticuerpos.

Al mes del diagnóstico el paciente fue dado de alta con la prescripción de itraconazol por vía oral y el compromiso de la monitorización serológica periódica para evaluar la evolución de la terapia antifúngica.

Algunos autores consideran que esta enfermedad se encuentra subestimada en la población pediátrica [8]. La búsqueda sistemática de *P. brasiliensis* debe ser siempre considerada en población infantil con síndrome linfoprolifera-

ferativo febril, asociado a anemia y, sobre todo, en regiones endémicas. Es fundamental un diagnóstico temprano para instaurar una terapia adecuada y prevenir complicaciones posteriores y morbilidad asociada.

*Agradecemos su participación a los colaboradores permanentes del laboratorio de micología, Ernesto Velásquez, Vanessa Sosa, Laura Godoy. Nuestro agradecimiento también a los médicos, el personal auxiliar y de laboratorio del hospital provincial de pediatría “Dr. Fernando Barreyro” y a la profesora Cristina Mayol por su revisión del inglés.*

## Bibliografía

1. Arenas R. Paracoccidioidomicosis. En: Arenas R (Ed.). *Micología Médica Ilustrada*. México, Mc Graw-Hill Interamericana, 2003: 173-179.
2. Brummer E, Castañeda E, Restrepo A. Paracoccidioidomycosis: An Update. *Clin Microbiol Rev* 2000; 6: 89-117.
3. Franco M, Peracoli MT, Soares A, Montenegro R, Mendes RP, Meira DA. Host-parasite relationship in paracoccidioidomycosis. *Curr Top Med Mycol* 1993; 5: 115-149.
4. Mayayo E, Gómez- Aracil V, Fernandez-Torres B, Mayayo R, Domínguez M. Report of an imported cutaneous disseminated case of paracoccidioidomycosis. *Rev Iberoam Micol* 2007; 24: 44-46.
5. Negrón R. Paracoccidioidomicosis. En: Torres-Rodríguez JM, del Palacio Hernanz A, Guarro-Artigas J, Negrón-Briz R, Pereiro-Miguens M (Eds.) *Micología Médica*. Barcelona, Masson, 1994: 263-273.
6. Restrepo-Moreno A. Paracoccidioidomycosis. En: Dismukes W, Pappas P, Sobel J (Eds.) *Clinical Mycology*. New York, Oxford University, 2003: 328-345.
7. Rubinstein P, Negrón R. Paracoccidioidomicosis. En: Rubinstein P, Negrón R (Eds.) *Micosis broncopulmonares del adulto y del niño*. Buenos Aires, Editorial Beta; 1981: 193-248.
8. Subauste-Silva A, Castillo ME, Torres-Iberico R. Paracoccidioidomicosis pediátrica. *Rev Folia Dermatológica Peruana*, 1997; 4: 30-38.