

Problemas clínicos en Micología Médica: problema nº 15

Ricardo Negróni, Alicia Arechavala y Gabriela López Daneri

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

Paciente T.M.H. de 40 años de edad, sexo masculino, nació y vivió hasta hace seis años en Lima, Perú y desde entonces vive en Buenos Aires. No tiene empleo fijo, habita una vivienda con servicios precarios y en condiciones de hacinamiento. Es homosexual, sin pareja estable, no fuma y bebe ocasionalmente bebidas alcohólicas. No hace uso de drogas ilegales.

En el año 2000 se le diagnosticó la infección por el VIH, en ese momento no recibió tratamiento antirretroviral (TARGA) porque no había experimentado síntomas de infección o enfermedades relacionadas con el VIH y su recuento de células T CD₄⁺ fue de 661/μl.

En enero de 2003 presentó dos pequeñas lesiones ulcerosas perianales en horas 3 y 5, que fueron diagnosticadas como herpéticas y que involucionaron con aciclovir. En agosto del mismo año apareció un nódulo perianal que tomaba parte del surco interglúteo y el glúteo derecho. Esta lesión aumentó lentamente de tamaño, se fistulizó y fue interpretada como un absceso perirrectal. Se lo drenó quirúrgicamente, dio salida a un material achocolatado y de consistencia gomosa que no fue analizado. La lesión no se resolvió y se transformó en una úlcera tórpida, que persistió hasta el momento de la consulta.

El 25 de octubre de 2004 se obtuvo un recuento de células T CD₄⁺ de 229/μl y una carga viral de 108.816 copias ARN/ml, razón por la cual se le recomendó iniciar el TARGA y el esquema elegido fue nelfinavir y 3TC complex.

Un mes antes de la consulta el paciente interrumpió el TARGA por intolerancia digestiva. En esa misma época comenzó a sufrir episodios febriles de hasta 39 °C, astenia y adinamia. No tuvo anorexia, pese a lo cual perdió 4 kg de peso en ese lapso. En las últimas dos semanas antes de la consulta notó la aparición de numerosas lesiones cutáneas en todo el cuerpo, de las que una, en la nuca, se ulceró. Por este motivo consultó a la Unidad Dermatología, donde después de examinarlo hicieron el diagnóstico presuntivo de histoplasmosis diseminada asociada al VIH y lo enviaron a la Unidad Micología para la confirmación del mismo.

En la Unidad Micología se tomaron muestras clínicas de las úlceras de la nuca y perianal y de un tubérculo en la mejilla derecha. Previa anestesia local, se rasparon los fondos de las úlceras con bisturí, se hicieron varios extendidos sobre portaobjetos con el material obtenido y también se colocaron trozos de tejido en un tubo de ensayo estéril con agua destilada para realizar cultivos. En el tubérculo se realizó una incisión pequeña y se tomó material de los labios de la herida para hacer extendidos. Los exámenes microscópicos se llevaron a cabo en preparacio-



Figura 1. Fotografía de la cara mostrando pápulas y tubérculos.



Figura 2. Fotografía con mayor aproximación de la zona de la mejilla con tubérculos.



Figura 3. Úlcera de la nuca.



Figura 4. Úlcera perianal.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ricardo Negróni
Juncal 3475 - 4°C
1425 Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: micología@fmed.uba.ar

©2005 Revista Iberoamericana de Micología
Apdo. 699, E-48080 Bilbao (Spain)
1130-1406/01/10.00 €



Sección patrocinada por Pfizer España, S.A.

nes al estado fresco y en coloraciones de Gram, Ziehl Neelsen y Giemsa. No se observaron hongos, ni bacilos ácido-alcohol resistentes, ni bacterias comunes y llamó la atención en las preparaciones teñidas con Giemsa la abundancia de linfocitos y plasmocitos.

Este hallazgo motivó que se solicitase a la Unidad Dermatología el ingreso del paciente para su estudio y que se efectuasen exámenes serológicos que, más tarde, permitieron llegar al diagnóstico de este caso.

El examen físico mostró un paciente de 1,60 m de altura, 56 kg de peso, regular estado general, afebril, temperatura axilar 36,8 °C, frecuencia cardíaca 88/min, frecuencia respiratoria 17/min y tensión arterial 100/80 mm Hg. Se comprobaron adenomegalias pequeñas, duras y elásticas en las cadenas cervicales así como en axilas e ingles. Se detectó una hepatomegalia de dos traveses de dedo por debajo del reborde costal y el resto del examen físico no acusó hallazgos patológicos salvo en la piel. En la cara se observaron numerosas pápulas rojo-violáceas, de 3-5 mm de diámetro, iguales lesiones se detectaron en el tronco, los miembros superiores y las palmas de las manos, estas últimas presentaban una ligera descamación central. En la mejillas y en las axilas tenía tubérculos de hasta 1 cm de diámetro, cubiertos por piel apenas eritematosa (Figuras 1 y 2). En la nuca había una úlcera de 1,5 cm de diámetro, circular, de bordes bien limitados, cubierta parcialmente por una costra serohemática de fondo granulomatosa (Figura 3). En el surco interglúteo y sobre el glúteo derecho presentaba una úlcera ligeramente elevada en los bordes, con límites netos, de fondo rojizo y liso, de aproximadamente 6 cm de diámetro (Figura 4).

Los pies exhibían lesiones de tinea pedis escamosa crónica y manifestaciones compatibles con onicomicosis proximal profunda y distal subungueal que comprometían a todas las uñas. Este diagnóstico había sido confirmado antes de la consulta y el agente causal fue identificado como *Trichophyton rubrum*.

La radiografía de tórax no mostró hallazgos patológicos. El electrocardiograma presentó ritmo sinusal con trazado normal. La ecografía abdominal presentó una hepatomegalia homogénea, un quiste de 7 mm en el riñón izquierdo y adenopatías isoecoicas de 10 mm x 12 mm en el ligamento hepatoduodenal y precava. Los exámenes complementarios de laboratorio presentaron los siguientes hallazgos patológicos: eritrosedimentación de 56 mm en la 1ª hora, hematocrito de 32,8%, hemoglobina 11,3 g/dl, proteínas totales 6,3 g/dl, albuminemia 2,8 g/dl, tiempo de protrombina del 67% y KPTT de 76,5 segundos. La detección de anticuerpos antifosfolípido resultó positiva. Las reacciones serológicas para hepatitis B dieron resultados positivos para anti-core y anti-antígeno de superficie. La serología para enfermedad de Chagas fue reactiva. Se tomaron muestras de hemocultivos para micobacterias y hongos, se efectuaron dos tomas para estudios histopatológicos de la piel y se pidieron exámenes serológicos que permitieron orientar el diagnóstico real de esta afección.

Preguntas:

1. ¿Qué afecciones pueden dar un cuadro clínico como el que aquejaba a este paciente y cómo definiría Ud. a la lesión perianal?
2. ¿Cuál es la enfermedad que Ud. sospecha con mayor intensidad y por qué los hallazgos del examen microscópico teñido con Giemsa orientaron acerca de la etiología real del proceso?
3. ¿Cuáles fueron los estudios serológicos solicitados?

4. ¿Qué otras investigaciones pediría para completar el estudio de este enfermo?
5. ¿Qué resultados pueden haber presentado los estudios histopatológicos de la piel?
6. ¿Cuál supone Ud. que fue el tratamiento indicado?

Respuestas:

1. Las lesiones que presentaba el paciente eran pápulas, tubérculos y gomas. De ellas, por lo menos dos eran claramente gomas, la perianal y la de la nuca. Las infecciones por micobacterias, varias micosis sistémicas, como la histoplasmosis, la paracoccidiodomicosis, la blastomicosis, la coccidiodomicosis, la criptococosis y la esporotricosis, pueden producir estas lesiones. También cabe recordar que los gomas fueron inicialmente reconocidos en la sífilis terciaria, afección que también puede producir tubérculos. De ser una sífilis, lo que aqueja al paciente, correspondería a una transición entre el período secundario y el terciario.
2. En un paciente VIH-positivo, la evolución de las infecciones por micobacterias o las micosis sistémicas hubiesen tenido un curso más rápido, con mayor compromiso del estado general y probablemente con otras localizaciones viscerales. La presencia de abundantes infiltrados de linfocitos y plasmocitos nos hizo pensar que el patrón histopatológico de la sífilis es una panvasculitis linfoplasmocitaria y esta fue la razón de la mayor sospecha.
3. Se solicitó una reacción de VDRL (anticuerpos anticardiolípidos) y una treponémica (FTA-Abs). En la sífilis tardía la prueba de VDRL puede tornarse negativa en el 20-30% de los casos. Por el contrario, la prueba de FTA-Abs sigue siendo positiva durante muchos años, sin embargo no indica infección activa. En este caso la prueba de VDRL fue reactiva hasta 1:512 (máxima dilución estudiada), lo que es un signo de actividad y aleja la posibilidad de falsas reacciones positivas, que habitualmente presentan títulos más bajos.
4. El estudio del LCR es fundamental en este período de la sífilis, así como un examen de fondo de ojo, a fin de descartar o confirmar la neurolúe. La sífilis del SNC puede ser asintomática durante largos períodos, pero se acompaña de hiperproteinorraquia, reacción de globulinas positiva, pleocitosis linfocitaria discreta y reacción positiva de VDRL. Igualmente, pueden observarse manifestaciones de coriorretinitis crónica.
5. Como ya fue señalado, el patrón histopatológico de la sífilis es el de una vasculitis linfoplasmocitaria, se ven además granulomas epitelioides foliculares, de aspecto tuberculoide y en los gomas la parte central sufre una necrosis que licua los tejidos. Lo más característico es la vasculitis que abarca todas las capas de los vasos sanguíneos y el manto linfoplasmocitario que la rodea.
6. En este caso se comprobó que la reacción de VDRL en el líquido cefalorraquídeo fue positiva, por esta razón se le indicó penicilina G sódica, en dosis de cinco millones de unidades cada 4 h, por vía intravenosa, durante 15 días. Este tratamiento requiere la internación del paciente. En general, la tolerancia es muy buena y la respuesta clínica favorable es rápida, actualmente la exacerbación de las lesiones producidas por el tratamiento (reacción de Herxheimer) es excepcional. Debe recordarse que la penicilina benzatínica no atraviesa bien la barrera hemato-encefálica.