



Estudio de ocho casos de coccidiodomicosis en un hospital de Buenos Aires

Amadeo Javier Bava, Ricardo Negroni, Alicia Arechavala, Ana María Robles, Daniel Curzio y Patricia Di Gioia

Unidad Micología, Hospital de Infecciosas "Francisco J. Muñiz", Buenos Aires, Argentina

Resumen

Se describen aspectos clínicos, epidemiológicos y diagnósticos de ocho pacientes con coccidiodomicosis crónica (cinco pulmonar y tres diseminada), diagnosticados en el Hospital Muñiz de Buenos Aires. Se destacaron la presencia de hemoptisis (en cuatro pacientes) e imágenes cavitarias pulmonares (en cinco pacientes) y como causas predisponentes el tabaquismo y el alcoholismo, en tres y dos casos, respectivamente. El diagnóstico se logró por microscopía y cultivos de esputo, de biopsias de lesión lingual y ganglio linfático y escarificación de una lesión cutánea. La serología y la prueba cutánea con coccidiodina fueron positivas en casi todos los pacientes. Cuatro pacientes nacieron dentro y dos trabajaron en contacto con el suelo del área endémica de la coccidiodomicosis.

Coccidiodomicosis, Epidemiología, Argentina

Study of eight cases of coccidiodomycosis in a hospital of Buenos Aires

Summary

Some clinical, epidemiological and diagnostic aspects from eight patients with chronic coccidiodomycosis (five pulmonary and three disseminated), diagnosed in the Muñiz Hospital, were retrospectively analyzed. At diagnosis, lung cavitation and hemoptysis were present in five and four patients, respectively. Smoking (three cases) and alcoholism (two cases) were the most frequent predisposing factors. Diagnosis was achieved by microscopy and cultures from sputum (five cases), tongue and lymph node biopsies and scraping of cutaneous lesion achieved diagnosis. At diagnosis, most patients had positive coccidiodin skin test and serology. Four patients were born within the endemic area and two worked in contact with the soil of the same area.

Key words

Coccidiodomycosis, Epidemiology, Argentina

La coccidiodomicosis (CDM) es una de las tres micosis sistémicas endémicas de la Argentina, junto a la histoplasmosis y la paracoccidiodomicosis. Su área endémica corresponde a regiones semidesérticas de la precordillera de los Andes, desde la Puna hasta la Patagonia. Se observa generalmente en varones, trabajadores rurales, entre los 30-60 años de edad [1-3].

Se analizaron retrospectivamente todos los casos de coccidiodomicosis diagnosticados en el Hospital Muñiz (HM) de Buenos Aires, durante 1981-1992. La metodología empleada para el diagnóstico micológico fue aquella usada en el Laboratorio de la Unidad Micología del HM [4]. Las formas clínicas de la enfermedad fueron determinadas según los criterios establecidos por P Negroni y R Negroni para la coccidiodomicosis [5]. Los resultados obtenidos de ocho pacientes (seis varones y dos mujeres) con CDM diagnosticados durante el período estudiado son resumidos en la tabla.

La comparación estadística (Mann-Whitney Rank Sum Test) de los valores de edad según sexo, forma clínica, lugar de nacimiento dentro o fuera del área endémica y ocupación laboral, sólo mostró diferencias significativas en los valores según este último parámetro ($p = 0,031$).

La ME de los pacientes, el porcentaje de ellos nacidos dentro del área endémica y el predominio masculino fueron más bajos que los observados en los pacientes con las otras dos micosis sistémicas endémicas de la Argentina diagnosticados en el HM en los últimos 20 años [6-7].

Dirección para correspondencia:

Prof. Dr. Amadeo Javier Bava
Darregueyra 2470. 7° C,
1425 Buenos Aires, Argentina

Aceptado para publicación el 10 de febrero de 1999

El tabaquismo y el alcoholismo estuvieron presentes en tres de los pacientes estudiados y tal como se ha observado en las otras dos micosis sistémicas endémicas de la Argentina deben ser considerados como factores predisponentes [6-7]. La asociación de la CDM y sida es infrecuente en nuestro país. En el área endémica de la CDM no se encuentran grandes centros urbanos donde ocurren la mayoría de los casos de sida [8].

En cuatro pacientes el motivo de consulta fue la hemoptisis y en uno cada uno: adenomegalias, lesión ulcerada de codo, tumefacción del brazo derecho y tos con expectoración mucopurulenta. En todos los pacientes la fiebre estuvo presente en el momento de la consulta.

Todos los casos presentaron evolución crónica; en cinco la CDM se manifestó con la forma pulmonar y en otros tres con la forma diseminada. La forma pulmonar cavitaria, que mimetiza a la tuberculosis, fue la predominante y se observó en un porcentaje mayor al 2-8% citado por la bibliografía nacional [2,5].

La presencia de imágenes radiológicas cavitarias pulmonares y su asociación con episodios de hemoptisis (65% de las formas cavitarias) debe plantear el diagnóstico diferencial con la aspergilosis pulmonar cavitaria y con la histoplasmosis pulmonar crónica, patologías observadas con frecuencia en el HM. Las localizaciones extrapulmonares comprobadas en estos casos, fueron aquellas citadas en la bibliografía [1,2,5].

El diagnóstico se realizó en cinco pacientes por visualización microscópica y aislamiento de la fase filamentososa del *Coccidioides immitis* de muestras de esputo. En otros tres casos se obtuvo a partir de biopsias ganglionar y de lesión lingual y por escarificación de una lesión cutánea. Las muestras de esputo resultaron útiles para el diagnóstico de las formas pulmonares y las biopsias y escarificaciones de lesiones mucocutáneas para las formas extrapulmonares.

Al diagnóstico, la prueba cutánea con coccidioidina fue positiva en seis de siete (85,7%) pacientes, con un promedio de 25 (rango 10-50) mm de induración. Este porcentaje de positividad es superior al observado en 18 pacientes con paracoccidioidomicosis crónica diagnosticados en nuestro Hospital durante 1994 [9].

La serología específica por inmunodifusión fue positiva en todos los casos, la mediana de los títulos de la fijación de complemento fue 1:64 (rango 1:8 – 1: 1,024) y la contraelectroforesis mostró 1-5 bandas anódicas y 1-3 catódicas. Las formas diseminadas suelen mostrar títulos \geq 1:64 mientras que las localizadas suelen presentar valores $<$ 1:32 [2,5]. Estos conceptos fueron sólo parcialmente respetados entre la población estudiada.

Cuatro pacientes habían nacido dentro del área endémica de esta micosis (Provincia de Catamarca) y cuatro fuera de ella (tres en la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores y uno en Córdoba). Al diagnóstico, tres pacientes vivían en el Gran Buenos Aires, dos en la ciudad de Buenos Aires y uno cada uno en las provincias de Catamarca, Mendoza y Santiago del Estero (estos tres últimos dentro del área endémica).

Con respecto al momento de la infección de los pacientes que nacieron fuera del área endémica, el 50% de ellos vivieron, la atravesaron o estuvieron en ella transitoriamente en algún momento de sus vidas. A diferencia de lo observado en los pacientes con paracoccidioidomicosis, la mayor parte de los aquí estudiados no realizaron tareas rurales dentro del área endémica. Sólo dos pacientes habían tenido contacto íntimo con el suelo del área endémica: uno era agricultor y otro minero, profesiones que junto con la arqueología, donde se remueven grandes cantidades

Tabla. Características demográficas, clínicas, radiológicas, inmunológicas y diagnósticas de ocho pacientes con coccidioidomicosis diagnosticados en el Hospital Muriz durante 1981-1992.

(1)	(2)	(3)	(4)	Lugar de nacimiento	Domicilio al diagnóstico	Forma clínica	Factor predisponente	Ocupación laboral	Radiología de tórax	Motivo de consulta	Diagnóstico micológico	PC	FC	BA	BC
1981	1	63	M	Catamarca	Ciudad de Buenos Aires	pulmonar	tabaco+ alcohol	rural	cavidades bilaterales	tos+ expectoración	microscopia y cultivo de esputo	0	1:64	NR	NR
1987	2	60	F	Corrientes	Mendoza	diseminada	ND	ama de casa	NR	tumefacción de mano	microscopia y cultivo de biopsia de lengua	NR	1:32	NR	NR
1990	3	30	M	Catamarca	Gran Buenos Aires	pulmonar	ND	operador	cavidades bilaterales	hemoptisis	microscopia y cultivo de esputo	30	1:64	2	2
1990	4	25	F	Ciudad de Buenos Aires	Ciudad de Buenos Aires	diseminada	embarazo	contador	micronodulia lóbulo izquierdo	adenomegalias	microscopia y cultivo de biopsia de ganglio	20	1:64	3	1
1991	5	36	M	Ciudad de Buenos Aires	Gran Buenos Aires	pulmonar	tabaco+ alcohol	comerciante	cavidades bilaterales	hemoptisis	microscopia y cultivo de esputo	20	1:16	2	2
1991	6	69	M	Catamarca	Gran Buenos Aires	pulmonar	corticoides	minero	cavidades lóbulo derecho	hemoptisis	microscopia y cultivo de esputo	20	1:32	1	1
1991	7	40	M	Ciudad de Buenos Aires	Santiago del Estero	pulmonar	diabetes	electricista	cavidades lóbulo derecho	hemoptisis	microscopia y cultivo de esputo	50	1:8	2	2
1992	8	27	M	Catamarca	Catamarca	diseminada	tabaco	policia	cavidades lóbulo derecho	úlceras de codo	microscopia y cultivo de escarificación de lesión cutánea	10	1:1.024	5	3

Referencias: (1): año de diagnóstico; (2): paciente; (3): edad; (4): sexo; PC: prueba cutánea (en mm de induración); FC: fijación de complemento; BA y BC: bandas anódicas y catódicas en la contraelectroforesis; M: masculino; F: femenino; ND: no determinada; NR: no registrada.

de tierra, poseen un elevado riesgo de infección. Los seis restantes tenían ocupaciones típicas de las áreas urbanas.

No obstante el número de casos de CDM diagnosticados en el HM es bajo comparado con el de las otras dos micosis sistémicas endémicas de la Argentina [6-7], es proporcional al de los comunicados en el resto del país, donde el escaso número de diagnósticos contrasta con una extensa área endémica [1,3,5]. Sólo 14 casos fueron notificados entre 1978-1982 a la Oficina de Salud Pública, oriundos de Salta, San Luis, Catamarca, Córdoba, Mendoza, Santiago del Estero y Tucumán [1]. Los índices de CDM-infección en áreas endémicas de la Argentina, estudiados mediante pruebas cutáneas, revelaron 40% de reactores positivos en individuos adultos de la provincia de Catamarca y porcentajes menores en La Rioja (19%), Santiago del Estero (12-19%), San Luis (19%) y las provincias patagónicas (7-10%) [1,5].

Si bien el HM está ubicado fuera y muy lejos del área endémica de la CDM, su mimetización con la tuberculosis y otras micosis endémicas de la Argentina, de observación más frecuente en nuestro Hospital, obliga a ubicarla entre los diagnósticos diferenciales. Las características observadas en los pacientes estudiados no difieren significativamente con las encontradas en la bibliografía consultada [3,5,10].

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Epidemiología de las Micosis Broncopulmonares. En: Manual de Normas de Diagnóstico y Tratamiento de las Micosis Broncopulmonares. Buenos Aires, 1987:7-12.
2. Negroni Briz R: Coccidioidomicosis. En: Torres-Rodríguez Josep M (Ed.) Micología Médica. Barcelona, Masson, 1992:285-295.
3. Negroni R. Coccidioidomicosis. Epidemiología, clínica y tratamiento. Rev Arg Micología 1994; 17: 3-8.
4. Negroni R. Unidad de Micología Médica del Hospital de Infecciosas "Francisco Javier Muñiz". Organización y funcionamiento. Rev Arg Infectol 1994; 9: 23-28.
5. Rubinstein P, Negroni R. Coccidioidomicosis. En: Micosis Broncopulmonares del adulto y del niño (2ª Ed.) Buenos Aires, Editorial Beta, 1981: 291-323.
6. Bava AJ, Negroni R, Robles AM, Bianchi MH. Estudio de 102 casos de histoplasmosis no asociada al SIDA, diagnosticados en el Hospital Muñiz durante 1981-1994. Rev Arg Micol 1996;19: 12-18.
7. Bava AJ, Negroni R, Robles AM, Arechavala A, Bianchi MH. Estudio de algunas características epidemiológicas de 194 casos de paracoccidioidomicosis diagnosticados en el Hospital Muñiz. Rev Arg Micol 1995;18: 15-22.
8. Negroni R. Las micosis en el SIDA. Rev Arg Micol 1990; 13: 38-42.
9. Bava AJ, Fornari MC, Silaf MR, Guereño MT, Negroni R, Diez RA. Estudios inmunológicos en pacientes hospitalizados con paracoccidioidomicosis crónica. XXX-VIII Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica. Mar del Plata, 1995.
10. Rippon JW. Coccidioidomicosis. En: The pathogenic Fungi and the pathogenic Actinomycetes (3ª. Ed.) Philadelphia, W.B.Saunders Co, 1988: 582-609.