

Problemas clínicos en Micología Médica: problema n° 17

Ricardo Negroni y Gabriela Santiso

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

Paciente C.Y. de 50 años de edad, sexo masculino, oriundo de la provincia del Chaco (Nordeste de la República Argentina).

Antecedentes personales. Vive en la ciudad de Presidencia Roque Saenz Peña, provincia del Chaco, en zona subtropical húmeda, y trabaja como técnico en estudios de suelo en el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria. Fumador de 20 cigarrillos diarios, no bebe alcohol y no tiene antecedentes de patologías previas. Fue operado de los meniscos de la rodilla derecha dos años antes de la consulta.

Antecedentes de la enfermedad actual. Comenzó un año antes de la consulta con astenia, anorexia, pérdida de 15 kg de peso, sudoración nocturna y febrícula. Fue estudiado en dos hospitales, una vez en el Chaco y, pocos días antes de su derivación al Hospital Muñiz en el Policlínico de Lanús, en la zona sudoeste del Gran Buenos Aires. En esta última institución comprobaron que el paciente tenía lesiones pulmonares bilaterales y agrandamiento de ambas glándulas suprarrenales. Le dieron un tratamiento que mejoró su astenia y le sacaron una muestra de sangre con la cual se realizó una prueba que permitió orientar el diagnóstico de su enfermedad. Tras recibir este resultado, derivaron al paciente al Hospital Muñiz para completar su diagnóstico e instaurar un tratamiento.

Examen físico. Paciente en regular estado general, 1,74 m de estatura y 70 kg de peso, lúcido, orientado en tiempo y espacio, colaborador y en decúbito activo indiferente. Temperatura axilar de 37,5 °C, frecuencia cardíaca de 72 por minuto, frecuencia respiratoria de 24 por minuto y tensión arterial de 110-70 mm de Hg. El examen físico sólo demostró la presencia de una ligera hepatosplenomegalia. No se encontraron lesiones cutáneas ni mucosas y no se palparon adenomegalias periféricas.

Radiografía de tórax. Infiltrados pulmonares en ambos campos medios, con imágenes micronodulillares intersticiales y sombras lineales hiliofugales que, en conjunto, dan el aspecto de alas de mariposa (Figura 1). Este hallazgo radiológico contrasta con la casi total ausencia de signos y síntomas respiratorios. No presentaba tos, ni catarro, ni disnea marcada.

Tomografía computarizada de tórax. Se observaron imágenes mediastinales compatibles con adenomegalias en el mediastino superior y en ambos hilios, intersticiopatía con micronódulos en ambos pulmones y un nódulo de 1 a



Figura 1. Radiografía de tórax de frente con infiltrados en alas de mariposa.



Figura 2. Tomografía computarizada de tórax mostrando infiltrados.

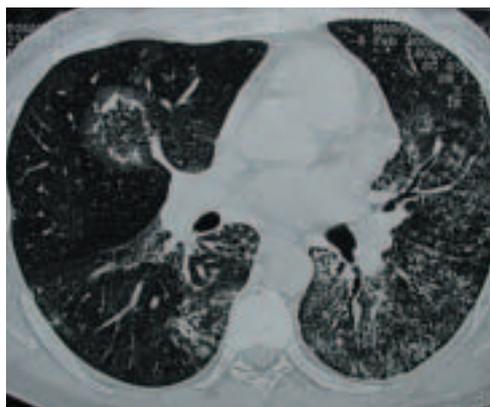


Figura 3. Tomografía computarizada de tórax mostrando nódulos heterogéneos de pulmón.

Dirección para correspondencia:

Ricardo Negroni
Unidad Micología
Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz
Uspallata 2272
1282 Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: hrmicologia@intramed.net

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

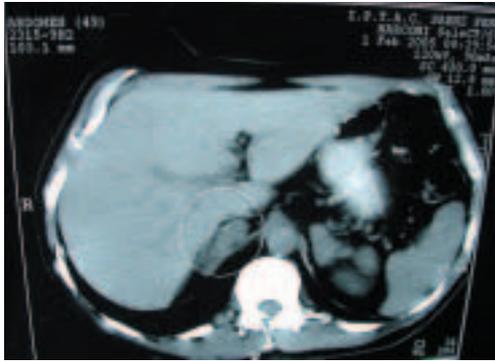


Figura 4. Tomografía computarizada de abdomen con hepatosplenomegalia homogénea.

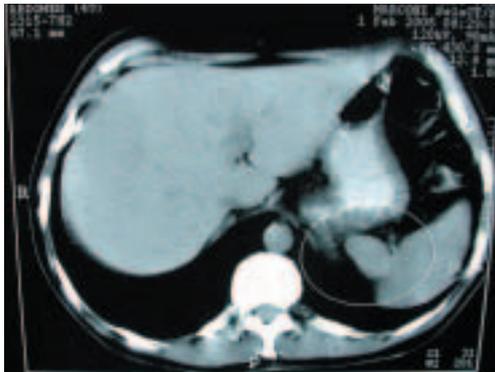


Figura 5. Tomografía computarizada de abdomen con agrandamiento de la glándula suprarrenal izquierda.

1,5 cm de diámetro en hemitórax derecho (Figuras 2 y 3). Algunos de estos nódulos se observan excavados.

Ecografía abdominal. Hepatomegalia homogénea con ecoestructura conservada, imagen compatible con hemangioma en el lóbulo derecho del hígado, vía biliar intra y extrahepática no dilatada y vesícula biliar engrosada con hallazgos ecográficos compatibles con "barro biliar" o microlitiasis. Páncreas y ambos riñones de tamaño y ecoestructura normales, bazo homogéneo con ligera esplenomegalia (125 mm) y suprarrenales aumentadas de tamaño y con estructura heterogénea, compatible con áreas de granulomas y necrosis.

Tomografía computarizada de abdomen. Mostró hepatosplenomegalia homogénea y agrandamiento de las suprarrenales (Figuras 4 y 5).

Exámenes complementarios de laboratorio. Eritrosedimentación 60 mm en la primera hora, hematocrito 41%, hemoglobina 13,5 g/dl, hematíes $4,8 \times 10^6/\text{mm}^3$, leucocitos $7.600/\text{mm}^3$ (neutrófilos 68%, eosinófilos 3%, basófilos 0%, linfocitos 25% y monocitos 7%), plaquetas $230.000/\text{mm}^3$, glucemia 90 mg/dl, uremia 25 mg%, creatinemia 1 mg/dl, uricemia 5,3 mg/dl, bilirrubina total 1 mg%, bilirrubina directa 0,4 mg%, TGP 40 U/l, fosfatasa alcalina 132 U/l, tiempo de Quick 11 segundos, KPTT 52 segundos, colesterol total 160 mg/dl, proteínas totales 7,8 g/dl, albúmina 3,4 g/dl y proteinograma con discreta hipergammaglobulinemia.

Preguntas:

1. ¿Cuántos componentes tiene el cuadro clínico de este paciente y qué afecciones pueden producirlo?

2. ¿Cuál fue la prueba que se llevó a cabo y que permitió orientar el diagnóstico?
3. ¿Cuál supone Ud. que fue la enfermedad que tuvo este paciente y a qué forma clínica corresponde?
4. ¿Qué investigaciones ordenaría para completar el diagnóstico etiológico?
5. ¿Cuál supone Ud. que fue el tratamiento que le indicaron en el Hospital de Lanús que permitió la rápida desaparición de la astenia?
6. ¿Qué tratamiento le indicaría a este enfermo y durante cuánto tiempo?

Respuestas:

1. El cuadro clínico de este paciente tiene un componente toxi-infeccioso general caracterizado por febrícula, astenia, anorexia, pérdida de peso y hepatosplenomegalia, un componente respiratorio y el agrandamiento de las glándulas suprarrenales. Esta conjunción de manifestaciones clínicas puede ser observada en la tuberculosis y en las micosis endémicas, incluyendo paracoccidioidomicosis, histoplasmosis y coccidioidomicosis (la blastomicosis no existe en Argentina).
2. Casi con seguridad fue una prueba serológica, probablemente una inmunodifusión en gel de agar frente a histoplasmina y paracoccidioidina. Esta reacción es poco sensible, pero muy específica (las reacciones cruzadas son inferiores al 1%), y el 90% de los pacientes inmunocompetentes con lesiones activas, presentan pruebas positivas. Esto excluye la tuberculosis, ya que esta afección no se diagnostica por estudios serológicos. Es también posible que no se hubiera estudiado la reactividad a la coccidioidina, dado que el enfermo no habitaba una zona endémica de esta micosis y no registraba antecedentes de viajes a áreas geográficas donde es observada la coccidioidomicosis.
3. El paciente proviene de una zona endémica de paracoccidioidomicosis y tiene una ocupación altamente pre-disponente para la infección, además de su edad (mayor de 35 años). Las lesiones pulmonares son bastante sospechosas de esta micosis sistémica, con imágenes nodulares y lineales y su distribución en alas de mariposa. La disociación clínico-radiológica es también muy frecuente en la paracoccidioidomicosis, lo mismo que el compromiso de los ganglios hiliares y mediastinales. Corresponde a la forma clínica crónica tipo adulto.
4. Las únicas lesiones fácilmente accesibles son las pulmonares, por esta razón debe indicarse un lavado broncoalveolar con biopsia transbronquial. Este estudio sólo debería hacerse después de llevar a cabo un estudio funcional del aparato respiratorio, ya que la biopsia transbronquial puede producir como accidentes neumotórax y/o hemorragia.
5. Seguramente se le indicaron 30 mg/día de hidrocortisona, lo que hizo desaparecer un síndrome de Addison incipiente.
6. No hay una medicación de elección probada en estudios doble ciego en paracoccidioidomicosis. Sin embargo, el consenso de la mayor parte de los expertos es que el itraconazol en dosis de 100 mg/día durante seis meses es el mejor tratamiento. Se comprobó que este paciente padecía una paracoccidioidomicosis e inició su medicación con itraconazol, al mismo tiempo que continuó con la hidrocortisona.