

Problemas clínicos en Micología Médica: problema nº 13

Ricardo Negroni y Alicia Arechavala

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

Paciente D.G. de 37 años de edad, sexo femenino, vive en Merlo, Provincia de Buenos Aires (oeste del conurbano bonaerense) en casa de buena construcción, con agua potable y pozo ciego. Trabajó como empleada de comercio, convive con su marido y dos hijos de 8 y 10 años de edad, tiene cuatro perros, dos de ellos recogidos de la calle. No registraba antecedentes patológicos previos.

Tres meses antes de la consulta presentó dos veces esputos hemoptoicos, sin otras manifestaciones clínicas. Se le pidió un estudio radiológico de tórax que mostró una imagen de condensación parahiliar izquierda, de forma irregularmente ovoide y aspecto heterogéneo (Figura 1).

Los días siguientes tuvo tos, con escasa expectoración mucopurulenta, no se controló la temperatura, pero presentó sudores nocturnos. Una tomografía axial computadorizada de tórax mostró una condensación pulmonar, excavada en el centro, con material radio-opaco que ocupaba parcialmente la cavidad (Figura 2). Los exámenes complementarios de laboratorio acusaron una eritrosedimentación de 45 mm en la 1ª hora, hematocrito de 34%, hemoglobina 11 g%, 11.000 leucocitos/ μ l con 80% de neutrófilos, los restantes estudios presentaron resultados dentro de los límites normales.

La enferma fue enviada a la Unidad Micología del Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz, con la sospecha clínica de aspergilosis pulmonar intracavitaria. Se le sacó sangre para inmunodifusión con aspergilina y se le solicitaron tres muestras de expectoración. En el examen microscópico directo al estado fresco de la primer muestra se encontró la formación que se observa en la figura 3.

Preguntas:

1. Teniendo en cuenta este hallazgo microscópico, ¿cuál es el diagnóstico de este caso?
2. ¿Qué hechos de su historia clínica hacían poner en duda el diagnóstico de aspergilosis?
3. ¿Cuál ha sido la posible causa de infección en este caso y qué medidas se deberían tomar en el medio familiar?
4. ¿Qué estudios pediría para confirmar el diagnóstico?
5. ¿Cuál sería su conducta terapéutica en este caso?
6. ¿Qué medicamentos pueden ser útiles en esta enfermedad?

Dirección para correspondencia:

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

©2004 Revista Iberoamericana de Micología
Apdo. 699, E-48080 Bilbao (Spain)
1130-1406/01/10.00 Euros



Sección patrocinada por Pfizer España, S.A.



Figura 1. Radiografía de tórax de frente mostrando la imagen parahiliar izquierda.

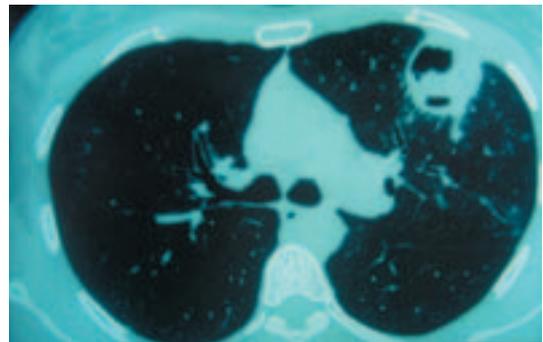


Figura 2. TAC de tórax mostrando la cavidad pulmonar izquierda parcialmente ocupada.

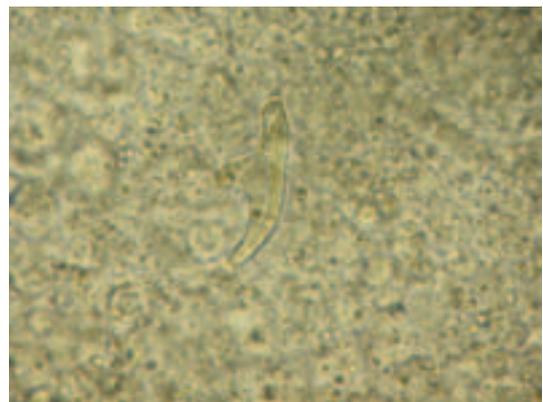


Figura 3. Examen microscópico directo al estado fresco de la expectoración, x400.

Respuestas:

1. El elemento encontrado es un gancho de hidátide, por lo tanto el diagnóstico es quiste hidatídico de pulmón. Es la segunda localización en orden frecuencia, después de la hepática. La hidatidosis es una parasitosis endémica en el cono Sur de Sudamérica. En este caso la paciente tenía dos perros que fueron recogidos de la calle y no tenían control veterinario.
2. En la aspergilosis intracavitaria suele haber antecedentes de una enfermedad pulmonar previa, que condujo a la producción de la cavidad y las hemoptisis suelen ser de mayor volumen, no expectoraciones hemoptoicas. Una causa favorecedora de aspergilosis intracavitaria, que suele ser poco sintomática, es el quiste congénito de pulmón, pero es muy poco probable que hubiese llegado hasta los 37 años sin complicaciones.
3. El ser humano es un huésped accidental en el ciclo evolutivo del *Echinococcus granulosus* y el perro es el huésped definitivo que alberga al parásito adulto y elimina los huevos, con los embriones hexacanto o infectantes. Por lo tanto todos los perros deben recibir tratamiento específico para esta parasitosis y los restantes integrantes de la familia deben ser sometidos a estudios clínicos y de imágenes (ecografías o TAC) para excluir una posible hidatidosis asintomática.
4. El diagnóstico debe ser confirmado mediante pruebas serológicas específicas. Se solicitan habitualmente dos técnicas de estudio serológico, la inmunodifusión para demostrar anticuerpos contra el antígeno del arco 5 de Caprón y alguna de las técnicas de ELISA para hidatidosis. En esta paciente ambas reacciones fueron positivas.
5. En un caso como el de esta paciente, el tratamiento es quirúrgico y consiste en la extirpación del quiste, con medidas de seguridad para evitar su diseminación. Estas consisten en rodear al quiste con gasas embebidas en una solución salina hipertónica al 20% e inyectar en el quiste, antes de su apertura, una solución de bromuro de cetiltrimetilamonio al 0,1%.
6. En la actualidad el tratamiento de elección en la hidatidosis es el albendazol por vía oral en dosis de 10 a 15 mg/kg/día, durante tres meses. Sin embargo, en este caso la apertura espontánea del quiste hace sospechar que se produjo, probablemente, la muerte espontánea del mismo. Además, al quedar abierto, se contamina fácilmente con bacterias, razón por la cual la cirugía es inevitable y no debe demorarse.