

Problemas clínicos en Micología Médica: problema n° 16

Ricardo Negroni y María de los Angeles Tuculet

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

Paciente R. S., sexo femenino, 14 años de edad. Nació y vive en el partido de Tigre, zona norte del Gran Buenos Aires. Habita una vivienda urbana con sanitarios completos y pertenece a una familia de clase media con escasos recursos económicos.

Antecedentes familiares. La madre de la paciente murió 3 años antes de la consulta por razones desconocidas; padecía, aparentemente, un proceso cerebral. No tiene hermanos y el padre padece linfoma de Hodgkin.

Antecedentes patológicos previos. En los últimos seis meses presentó herpes zoster intercostal en dos oportunidades, con escasas lesiones extrametaméricas. Estos procesos dejaron numerosas cicatrices atróficas.

Motivo de la consulta. La paciente acudió al consultorio de dermatología de un centro de salud en la localidad de Victoria, partido de Tigre, por lesiones cutáneas pruriginosas en el dorso de los pies y tercio inferior de las piernas. La dermatóloga que la examinó comprobó onicomicosis proximal profunda y tricoficia extensa de la piel lampiña y consideró que la paciente debía ser estudiada con el propósito de detectar alguna enfermedad oculta. Le aconsejó que acudiera a la Unidad Micología del Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.

Examen físico. Paciente en buen estado general, lúcida, colaboradora, deambula y ejecuta todos los movimientos sin problemas. Buen estado de nutrición, mide 1,58 metros, pesa 54 kg, desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de acuerdo a la edad, menarca a los 11 años, ciclos menstruales regulares. Temperatura axilar de 36,4 °C, frecuencia cardíaca de 80 por minuto, tensión arterial de 110-70 mm Hg y frecuencia respiratoria de 20 por minuto.

Como datos positivos del examen físico se comprobaron los siguientes: onicomicosis proximal profunda de las diez uñas de los pies (Figuras 1 y 2); lesiones compatibles con tricoficia del dorso y borde externo de ambos pies, con algunas lesiones satélite en el tercio inferior de ambas piernas; onicomicosis proximal profunda del dedo medio y anular de la mano derecha; hepatomegalia de 2 traveses de dedo por debajo del reborde costal, consistencia normal y borde romo y cicatrices de herpes zoster en región dorsal derecha y flanco del mismo lado (Figura 3).



Figura 1. Lesiones ungueales y del dorso del pie.



Figura 2. Lesión ungueal del hallux.



Figura 3. Cicatrices del herpes zoster.



Figura 4. Radiografía de tórax de frente mostrando micronódulos.

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 €

Exámenes micológicos. Se obtuvieron muestras de las uñas de los pies y la mano, así como de escamas cutáneas. En ambos materiales se comprobó la presencia de hifas hialinas de un dermatofito y se obtuvo el desarrollo de un hongo del género *Trichophyton*.

Exámenes complementarios de laboratorio. Eritrosedimentación 127 mm en la primera hora, hematocrito 31,7 %, hemoglobina 11,4 g/dl, hematíes $3,6 \times 10^6/\text{mm}^3$, leucocitos $4.500/\text{mm}^3$, fórmula leucocitaria: neutrófilos 52,9%, eosinófilos 2,3%, basófilos 1,7%, linfocitos 33,5%, monocitos 9,6 %; plaquetas $203.000/\text{mm}^3$, uremia 37 mg/dl, glucemia 87 mg/dl, creatinemia 0,82 mg/dl, sodio plasmático 138 meq/l, potasio 4,9 meq/l, bilirrubina total 0,50 mg%, bilirrubina directa 0,20 mg%, TGO 65 U/l, TGP 28 U/l, fosfatasa alcalina 319 U/l, colesterolemia total 180 mg/dl, proteínas totales 9,4 g/dl, albúmina 3,8 g/dl, α_1 globulinas 0,25 g/dl, α_2 globulinas 0,88 g/dl, β_1 globulinas 0,54 g/dl, β_2 globulinas 0,36 g/dl γ -globulinas 3,6 g/dl (policlona, con componente de lenta movilidad electroforética), orina: pH 5,6 y densidad 1,030, resto normal.

Estudios de inmunidad. Concentración de inmunoglobulinas: IgG 2.930 mg/dl (normal hasta 1.650), IgA 79 mg/dl, IgM > 400 mg/dl (normal hasta 300).

Pruebas cutáneas de hipersensibilidad retardada: PPD 2 UT, candidina 1/50, tricofitina 1/50 e histoplasmina 1/100, todas negativas a las 48 h.

Recuento de subpoblaciones linfocitarias: células CD4^+ $110/\mu\text{l}$ (7,2%), células CD8^+ $1.122/\mu\text{l}$ (73,8%).

Radiografía de tórax. Partes óseas y blandas de la pared torácica normales, mediastino normal, en ambos campos pulmonares se observan lesiones compatibles con infiltrados micronodulillares (Figura 4). Posteriormente, una tomografía computarizada de alta resolución mostró que eran bronquiectasias.

Ecografía abdominal. Leve hepatomegalia homogénea, vesícula biliar con paredes y contenido normales, vías biliares extrahepáticas no dilatadas, páncreas de tamaño y ecoestructura normales, al igual que ambos riñones, esplenomegalia homogénea de 127 mm de diámetro mayor y adenopatías isoecoicas del ligamento hepatoduodenal de 18 mm x 8 mm de diámetro.

Preguntas:

1. ¿Por qué razón la dermatóloga sospechó la existencia de una enfermedad oculta?
2. ¿Cuál sospecha Ud. que es esa enfermedad oculta y en qué forma puede haber influido en la evolución de sus manifestaciones cutáneas?
3. ¿Qué medidas tomaría Ud. con la paciente, referentes al esclarecimiento completo de la enfermedad de base y su tratamiento?
4. ¿Cómo supone Ud. que la enferma adquirió la enfermedad de base?
5. ¿Cuál supone Ud. que fue el agente causal de la tricoficia?
6. ¿Qué tratamiento antifúngico indicaría?

Respuestas:

1. La dermatóloga tuvo dos razones para sospechar una causa de inmunodepresión: el herpes zoster recurrente, con lesiones extrametaméricas y cicatrices profundas, y la onicomiosis proximal profunda con dermatofitosis extensa.
2. Debe sospecharse una infección por VIH por los hechos siguientes: activación policlona de los linfocitos B, con hipergammaglobulinemia policlona, déficit de la inmunidad mediada por células, con bajo recuento de linfocitos CD4^+ y, sobre todo, porcentaje de linfocitos $\text{CD4}^+ < 10\%$, batería de pruebas de hipersensibilidad retardada con recuentos negativos, y hepatosplenomegalia leve y homogénea, acompañada de adenomegalia del ligamento hepatoduodenal. La pronunciada aceleración de la eritrosedimentación es una consecuencia lógica de la anemia y de la hipergammaglobulinemia. La infección por el VIH origina dermatofitosis muy extensas y poco inflamatorias así como compromiso proximal profundo de las uñas. Esta última señal fue clave para alertar a la dermatóloga.
3. Es indispensable pedirle al padre la autorización para efectuar estudios serológicos para VIH y, de ser positivos, determinar la carga viral. Luego se le indica el tratamiento antirretroviral. En esta paciente la serología para VIH fue confirmada por Western-blotting y la carga viral fue de 256.000 copias de ARN/ml. Se le indicó 3TC complex más AZT. Previo al tratamiento antirretroviral, la paciente fue informada del resultado de la prueba y puesta bajo tratamiento psicológico.
4. Puede haber sido originada por transmisión vertical, con progresión lenta de una enfermedad congénita por VIH. La madre murió en circunstancias no aclaradas, pudiendo haber sido una paciente con sida y toxoplasmosis, o linfoma, o criptococosis. Como la paciente debió ser muy cuidada por su problema psicológico, no se indagó acerca de las relaciones sexuales hasta el presente. No tiene antecedentes de transfusiones sanguíneas.
5. En general estas lesiones son producidas por *Trichophyton rubrum* y éste fue el microorganismo aislado en este caso.
6. Dado que la paciente debía recibir profilaxis primaria con cotrimoxazol, tratamiento antirretroviral y medicación antifúngica, se optó por indicarle fluconazol 200 mg 2 veces por semana. Esta medicación tiene la ventaja de su excelente tolerancia, reducido número de tomas y, al mismo tiempo, sirve como profilaxis primaria de la candidiasis esofágica y la criptococosis.