



Problemas clínicos en Micología Médica: problema nº 25

Ricardo Negroni, Elena Maiolo, Alicia I. Arechavala, Gabriela Santiso y Mario H. Bianchi

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

Paciente F.C. de sexo femenino y 59 años de edad, consultó a la Unidad Micología del Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz el 1/10/2006, por presentar una dermatosis periocular derecha de tres meses de evolución. Dicha lesión se produjo aproximadamente dos semanas después de haber sufrido un accidente, en el cual esa parte de su cara golpeó contra un muro de adobe y se le produjeron heridas superficiales. Como esta lesión cutánea aumentó progresivamente de tamaño, consultó a un servicio de Dermatología, donde le efectuaron una biopsia y estudio histopatológico en el cual se observó una intensa reacción inflamatoria con granuloma epitelioides, células gigantes e infiltrados de polimorfonucleares neutrófilos. En la coloración de PAS se comprobó la presencia de muy escasos elementos PAS-positivos, ovales, de 2 x 4 µm de diámetro, dentro de las células gigantes (Figura 1). Esta fue la razón de su derivación a nuestro servicio.

Paciente en buen estado general, decúbito activo indiferente, conciente, colaboradora. Frecuencia cardíaca 85 por minuto, tensión arterial 110-70 mm Hg, frecuencia respiratoria 16 por minuto, temperatura axilar 36,5 °C.

En la piel de la cara se observó una placa elevada cubierta por escamocostras, 3 x 2,5 cm de diámetro, que tomaba el párpado superior y el arco superciliar derechos, tanto en el borde de la placa como en su interior se detectaban pápulas y tubérculos. Era indoloro y presentaba escasa secreción. No se palpaban adenomegalias regionales (Figura 2). El resto del examen físico no presentaba anomalías.

Exámenes complementarios de laboratorio: Eritrosedimentación 20 mm en 1ª hora, hematíes 3.840.000/µl, leucocitos 6.100/µl (neutrófilos 63%, eosinófilos 1%, basófilos 0%, linfocitos 31%, monocitos 5%), hematocrito 34%, hemoglobina 11,1 g/dl, uremia 31 mg/dl, glucemia 68 mg/dl, creatinemia 0,83 mg/dl, uricemia 5 mg/dl, colesterolemia total 189 mg/dl, colesterolemia HDL 35 mg/dl, bilirrubina total 0,90 mg/dl, directa 0,40 mg/dl, TGP 18 U/ml, TGO 23 U/ml, fosfatasa alcalina 240 U/ml, triglicéridos 62 mg/dl, y el examen de orina mostró pH ácido, densidad 1020 y sedimento normal.

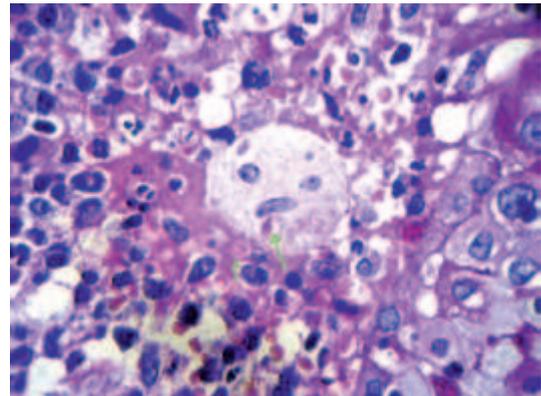


Figura 1. Estudio histopatológico del granuloma cutáneo. Coloración de PAS (1000x). Los elementos sospechosos de ser estructuras levaduriformes están señalados con flechas.



Figura 2. Lesiones en forma de placa pápulo-costrosa del arco superciliar y párpado superior derechos antes del tratamiento.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ricardo Negroni
Unidad Micología
Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz
Uspallata n° 2272
1282 Buenos Aires, Argentina
Fax: +54 11 4304 4655
E-mail: hmmicologia@intramed.net

©2007 Revista Iberoamericana de Micología
Apdo. 699, E-48080 Bilbao (Spain)
1130-1406/01/10.00 €



Figura 3. Las lesiones anteriores después de dos meses de tratamiento por vía oral.



Figura 4. Aspecto macroscópico de las colonias aisladas en medio de agar miel con antibióticos.

Se practicó una nueva biopsia para efectuar cultivos microbiológicos que permitieron arribar al diagnóstico de esta dermatosis y se le indicó un tratamiento por vía oral con el que obtuvo una rápida mejoría (Figura 3).

Preguntas:

1. ¿Cuáles son los diagnósticos posibles de este proceso cutáneo?
2. ¿Cuáles de todos ellos supone Ud. como más probables?

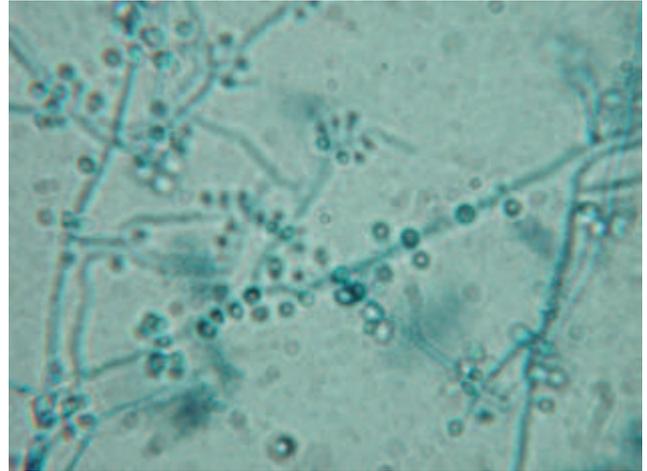


Figura 5. Microcultivos de la colonia anterior montados con azul lactofenol (1000x).

3. Señale que exámenes microbiológicos realizaría. Las figuras 4 y 5 muestran los resultados de uno de ellos.
4. ¿Cuál es el agente causal aislado y como supone Ud. que se infectó la paciente?
5. ¿Cuál es la forma clínica que padece?
6. ¿Qué medicación supone Ud. que fue indicada?

Respuestas:

- 1 y 2. Es una placa de pápulas y tubérculos producida por un proceso granulomatoso. Por las características histopatológicas quedan prácticamente excluidos los granulomas no infecciosos (sarcoidosis y granuloma anular). Dentro de los infecciosos debe pensarse en infecciones bacterianas por micobacterias y microorganismos piógenos e infecciones fúngicas tales como esporotricosis, cromoblastomycosis y lesiones cutáneas secundarias de micosis sistémicas endémicas, como histoplasmosis, blastomycosis, criptococosis, paracoccidioidomycosis y coccidioidomycosis. La ausencia de elementos típicos en los granulomas permitió excluir paracoccidioidomycosis, criptococosis, coccidioidomycosis y cromoblastomycosis. Quedaron como diagnósticos posibles una infección por micobacterias atípicas, esporotricosis e histoplasmosis en un huésped inmunocompetente con baja carga fúngica. Si los escasos

- elementos PAS-positivos no correspondían a un arteficio, el diagnóstico debía recaer en alguna de las dos micosis.
3. La biopsia fue colocada en solución salina isotónica estéril, se efectuaron improntas para exámenes microscópicos al estado fresco y previas coloraciones de Gram, Giemsa y Ziehl-Neelsen que no arrojaron resultados positivos. Seguidamente se trituró la biopsia en un mortero y se sembraron medios de cultivo con antibióticos, agar-miel de Sabouraud, lactrimel de Borelli y agar infusión de cerebro y corazón y cuatro tubos con medios de Lowenstein-Jensen para micobacterias, todos fueron incubados a 28 °C y 37 °C.
 4. Como puede apreciarse en las fotografías se aisló un hongo micelial que por sus caracteres macro y micro-morfológicos podía corresponder a *Sporothrix schenckii*. Posteriormente el diagnóstico se confirmó por la obtención de la forma de levadura. Se le efectuó a la paciente una prueba cutánea con esporotriquina, que presentó una fuerte reacción positiva (20 mm). Esta prueba no tiene valor diagnóstico en áreas de alta endemicidad, pero Buenos Aires es un área endémica con baja incidencia de casos clínicos, por lo cual una respuesta francamente positiva y lesiones clínicamente compatibles acrecientan la sospecha del diagnóstico.
 - 4 y 5. La forma clínica es la cutánea fija. Se presume que esta forma clínica se produce por la reinfección cutánea de una persona con cierto grado de inmunidad adquirida por una infección previa subclínica.
 6. Tanto en Argentina como en Uruguay el yoduro de potasio y la termoterapia siguen empleándose como los tratamientos de elección en las formas cutáneas y cutá-neolinfáticas de la esporotricosis. Se indicó solución saturada de yoduro de potasio (IK 20 g en H₂O 20 ml) a razón de 20 gotas (1 ml) de una a tres veces por día después de las comidas. Las dosis fueron creciendo para establecer una adecuada tolerancia gástrica. La tolerancia fue buena, tuvo una mejoría significativa y continúa con el mismo tratamiento, a razón de 20 gotas cuatro veces por día.