



## Problemas clínicos en Micología Médica: problema nº 27

Ricardo Negroni, Elena Maiolo, Alicia Arechavala, Valeria Fink y Norma Silguero

Unidad Micología del Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz. Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de Agudos Dr Cosme Argerich

Paciente L.G., de 59 años de edad, sexo masculino, oriundo del Paraguay. Consultó al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Argerich de Buenos Aires por dolor intenso de la faringe, odinofagia y disfonía de tres meses de evolución. Refirió además sensación de fiebre, tos productiva, astenia y pérdida de 14 kg de peso en ese lapso. En el Hospital Argerich se comprobó la existencia de granulomas que comprometían el paladar blando, la pared posterior de la faringe y la zona supraglótica de la laringe, algunos granulomas estaban ulcerados. Se le practicó una biopsia de la mucosa faríngea que acusó granuloma epitelioides con células gigantes y áreas de supuración, no se comprobó la presencia del agente etiológico. La radiografía de tórax mostró infiltrados pulmonares difusos, bilaterales, no excavados, que se situaban en ambos campos pulmonares superiores.

Fue remitido a la Unidad Micología del Hospital Francisco Javier Muñiz con el diagnóstico presuntivo de micosis sistémica endémica (paracoccidiodomicosis o histoplasmosis) por tratarse de un trabajador rural, residente en área endémica y por presentar lesiones mucosas y pulmonares. Consultó a nuestro Hospital el día 22 de marzo de 2007.

**Antecedentes personales.** Nació y vive en Paraguay, en zona rural y es trabajador rural, negó ingesta de bebidas alcohólicas y fue fumador de 20 cigarrillos por día hasta seis meses antes de la consulta. Desconocía contacto con enfermos del aparato respiratorio y no recordó padecimientos anteriores. Es heterosexual, con pareja estable.

Por su trabajo tiene contacto con animales: 14 bovinos, 15 cerdos, 80 gallinas, un perro y un gato.

Casado con mujer sana y tiene hijos aparentemente sanos.

**Examen físico.** Paciente en regular estado general, adelgazado, decúbito activo indiferente, lúcido y colaborador. Pesa 45 kg (peso habitual 62 kg), altura 1,65 m. Tensión arterial 110/70 mm Hg, frecuencia cardíaca 104 por minuto, frecuencia respiratoria 21 por minuto, temperatura axilar 37,5 °C. Boca: mal estado de las piezas dentarias,

con paradentosis y numerosas caries, granulomas blanquecinos en el pilar anterior de la faringe, parte del paladar blando del lado izquierdo, lesión vegetante, granulomatosa y rojiza en la parte izquierda de la úvula (Figura 1). Micropoliadenopatías cervicales y supraclaviculares, bilaterales. Adenomegalia dolorosa submaxilar derecha, de 1,5 cm de diámetro, de consistencia dura y no adherida a planos superficiales ni profundos. La semiología respiratoria y cardiovascular no acusó datos patológicos. En el examen de abdomen se detectó una ligera hepatomegalia de 1 cm por debajo de reborde costal, borde romo y consistencia conservada. No presentó alteraciones neurológicas. En el testículo izquierdo se palpó un nódulo doloroso.

**Radiografía de tórax.** (Frente y perfil) presentaron infiltrados pulmonares bilaterales, algunos difusos y otros micronodulillares, ubicados en los campos superiores, no se comprobaron cavidades. Aplanamiento de ambos diafragmas (Figura 2).



Figura 1. Lesiones faríngeas en el momento de la admisión hospitalaria del paciente y después de seis días de tratamiento.

### Dirección para correspondencia:

Dr. Ricardo Negroni  
Unidad Micología  
Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz  
Uspallata nº 2272  
1282 Buenos Aires, Argentina  
Fax: (+54) 11 4304 4655  
E-mail: hmicologia@intramed.net

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



Figura 2. Radiografía de tórax frente a su ingreso en el Hospital F.J. Muñiz.

**Exámenes complementarios de laboratorio.** Eritrosedimentación 140 mm en la 1ª h.; hematocrito 32 %; hemoglobina 11,4g/dl; VCM: 80,7; plaquetas 509.000/ $\mu$ l; leucocitos 8.000/ $\mu$ l (neutrófilos 68,2%; linfocitos 22,3%; monocitos 8%; eosinófilos 0,8% y basófilos 0,7%); uremia 40 mg/dl; glucemia 97 mg/dl; creatininemia 0,97 mg/dl; colesterolemia 140 mg/dl (colesterol HDL 24 mg/dl); bilirrubina total 0,8 mg/dl, directa 0,3 mg/dl; TGO 33 U/ml; TGP 64 U/ml y fosfatasa alcalina 485 U/ml; ionograma: sodio 141 meq/l; potasio 5,1 meq/l y cloro 100 meq/l. Proteínas totales 7,8 g/dl, albúmina 2,7 g/dl. Serología de VIH 1-2 no reactiva y VDRL no reactiva. Orina turbia, pH 6; 25 a 30 leucocitos por campo, dos a cuatro pirocitos por campo, cuatro a seis cilindros granulosos e igual cantidad de cilindros hialinos.

Se solicitaron estudios microbiológicos de dos muestras clínicas y estudios serológicos que permitieron arribar al diagnóstico de la afección que aquejaba a este paciente.

### Preguntas:

1. ¿Cuántos síndromes clínicos presentó este paciente?
2. ¿Qué enfermedades pueden justificar estos síndromes clínicos?
3. ¿Cuáles fueron, en su opinión, los estudios microbiológicos solicitados?
4. ¿Cuáles fueron las reacciones serológicas pedidas?
5. De todas las opciones posibles, ¿cuál es la enfermedad que con mayor posibilidad presentó este paciente?
6. ¿Cuál es el tratamiento que indicaría, qué estudio sería necesario realizar que no fue considerado aquí y cuál es el pronóstico final de este paciente?

### Respuestas:

1. Este paciente tiene un síndrome infeccioso general de evolución subaguda caracterizado por febrícula, astenia, pérdida de peso, aceleración de la eritrosedimentación, anemia, hipoalbuminemia y aumento de las globulinas plasmáticas. Presentó además un síndrome respiratorio complejo con granulomas ulcerados de las mucosas faríngea y laríngea y un proceso pulmonar con nódulos e infiltrados difusos. Finalmente acusó un síndrome genito-urinario caracterizado por un nódulo

testicular doloroso, piuria ácida y cilindruria. Debemos agregar también un aumento moderado de la fosfatasa alcalina y de transaminasa glutámico-pirúvica que puede depender de la localización hepática de la misma afección.

2. Estas manifestaciones clínicas pueden ser producidas por la tuberculosis y por las micosis sistémicas endémicas. De estas infecciones fúngicas pueden excluirse, por la geografía médica, la blastomicosis, la penicilosis y la coccidioidomicosis. Aunque esta última existe en el Paraguay, se encuentra en una zona restringida del noroeste de ese país, que pertenece al Chaco Austral, en el límite con Bolivia, son territorios no aptos para la agricultura y para la cría de ganado y el paciente jamás estuvo allí. Quedarían pues como posibles la tuberculosis, la paracoccidioidomicosis y la histoplasmosis. Entre las enfermedades no infecciosas cabría pensar en la vasculitis granulomatosa como la enfermedad de Wegener que produce lesiones mucosas, pulmonares y renales.
3. Se solicitaron exámenes microbiológicos de expectoración (las muestras fueron representativas) y una nueva biopsia de faringe que fue colocada en un recipiente estéril con solución fisiológica estéril para el estudio microbiológico.
4. Se pidieron pruebas de inmunodifusión en gel de agar con histoplasmina y paracoccidioidina. Ambas dieron resultados negativos.
5. Teniendo en cuenta que: a) el estudio histopatológico no acusó la presencia de hongos, b) las pruebas de inmunodifusión en gel de agar con paracoccidioidina e histoplasmina fueron negativas, c) el enfermo refirió que el dolor de las fauces era tan grave que no sólo le impedía comer sino también dormir y d) presentó una piuria ácida, lo más probable es que el paciente sufriese una tuberculosis diseminada. Ese fue nuestro diagnóstico presuntivo, que fue confirmado por el hallazgo en la expectoración de cinco bacilos ácido-alcohol-resistentes por campo, también el examen microscópico de la biopsia de faringe acusó numerosos bacilos ácido-alcohol-resistentes. La tuberculosis extrapulmonar decreció mucho en su frecuencia a partir de la segunda mitad de la década de los 1970 del siglo pasado. El tipo de tuberculosis faríngea que padeció este enfermo fue la forma miliar, también conocida como enfermedad de Isambert, caracterizada por granulomas mucosos, de color blanco o crema, con tendencia a ulcerarse. Un rasgo distintivo es que ocasiona mucho dolor y suele acompañarse de lesiones laríngeas y pulmonares.
6. No están consignadas la ecografía abdominal o la tomografía computadorizada del abdomen. Alguno de estos estudios son indispensables para saber el grado de compromiso hepático y renal del paciente, así como descartar un ataque suprarrenal, que sólo produce manifestaciones clínicas cuando ha destruido más del 80 % de las glándulas. El tratamiento se iniciaría con rifampicina isoniazida, pirazinamida y etambutol hasta recibir el resultado de la susceptibilidad de la cepa aislada. Sin embargo, cuando instituímos este tratamiento tuvimos una evidencia más temprana, ya que a los 10 días, los granulomas faríngeos habían mejorado, el enfermo no sufría más dolores y deglutía normalmente, aunque persistía algo disfónico. Con una tuberculosis debida a *Mycobacterium tuberculosis* sensible a drogas mayores, el pronóstico es bueno.