

## PARACOCCIDIOIDOMICOSIS: MANIFESTACIONES ORALES Y SISTÉMICAS. RELATO DE CASO CLÍNICO.

### PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS: ORAL AND SYSTEMIC MANIFESTATIONS. CLINICAL CASE REPORT.

Autores<sup>1</sup>: Iglesias M,  
Salinas E,  
Galeano A

1. Universidad Nacional de Concepción. Facultad de Odontología Dpto de Extensión

#### Resumen

*La paracoccidioidomycosis denominada también blastomycosis es una patología que se adquiere por la inhalación de un hongo denominado Blastomycosis brasiliensis, el cual se encuentra habitualmente en la tierra y generalmente en zonas no endémicas no afectando frecuentemente a personas inmunocompetentes. Este microorganismo es frecuente en Latinoamérica pero no es endémico en ninguna zona geográfica del Paraguay. Se caracteriza clínicamente por manifestaciones pulmonares, en órganos linfoides, hígado, glándulas suprarrenales, piel y mucosas. Sin tratamiento la enfermedad podría conllevar a la muerte del paciente. En muchas ocasiones éstos pacientes suelen acudir primeramente al odontólogo, por lo que es de importancia el conocimiento de las lesiones orales de parte de dicho profesional para diagnóstico precoz y tratamiento temprano. En este caso se presenta la clínica de un paciente masculino de 32 años de edad oriundo de una zona rural del Paraguay, departamento de San Pedro que consulta por lesiones ulcerativas distribuidas ampliamente en toda la mucosa oral y manifestaciones sistémicas extraorales de 7 meses de evolución. Al que se le toma biopsia de mucosa oral con resultado Anatomopatológico positivo para Paracoccidioidomycosis. El paciente se encuentra en mejoría, aún con tratamiento. El objetivo nuestro es describir las manifestaciones orales y sistémicas y la importancia del diagnóstico precoz en esta patología.*

**Palabras clave:** Paracoccidioidomycosis, Micosis profunda, Blastomycosis brasiliensis

#### SUMMARY/ ABSTRACT

*Paracoccidioidomycosis, also known as blastomycosis, is a pathology that is acquired by inhalation of a fungus called Blastomycosis brasiliensis, which is usually found on land and generally in non-endemic areas, not frequently affecting immunocompetent people. This microorganism is frequent in Latin America but it is not endemic in any geographical area of Paraguay. It is clinically characterized by pulmonary manifestations, in lymphoid organs, liver, adrenal glands, skin and mucosa. Without treatment the disease could lead to the death of the patient. On many occasions these patients usually go to the dentist first, so it is important to know about oral lesions on the part of said professional for early diagnosis and early treatment. In this case we present the clinical picture of a 32-year-old male patient from a rural area of Paraguay, department of San Pedro, who consulted for ulcerative lesions widely distributed throughout the oral mucosa and extraoral systemic manifestations of 7 months of evolution. To whom a biopsy of the oral mucosa is taken with a positive pathological result for Paracoccidioidomycosis. The patient is in improvement, even with treatment. Our objective is to describe the oral and systemic manifestations and the importance of early diagnosis in this pathology.*

**Key words:** Paracoccidioidomycosis, Deep mycosis, Blastomycosis brasiliensis

## 1. Introducción

La Blastomicosis sudamericana es una enfermedad infecto contagiosa de origen micótica endémica de algunas zonas del Brasil y es más prevalente en Sudamérica y Centroamérica. (1) Tiene como agente causal un hongo denominado *Paracoccidioides Brasiliensis*. En el Paraguay esta patología no es endémica; sin embargo, se presenta en diferentes formas clínicas, reportándose casos más frecuentemente en el Instituto de Medicina tropical. (2)

La enfermedad se adquiere por contacto directo con el microorganismo que se encuentra en el suelo y el ambiente, considerando como vía de entrada en el hospedador la inhalación o la inoculación traumática del hongo. (3)

La infección por este hongo tiene una marcada tendencia de difusión a cualquier órgano. (4)

El diagnóstico de esta micosis se da por medio de la muestra de tejidos respiratorios o a través de la toma de biopsia de lesiones mucocutáneas. Las pruebas de laboratorio y de anatomía patológica que permitan observar el hongo por microscopía. (5)

Por medio de estos métodos diagnósticos se puede diferenciar de otras enfermedades micóticas y sistémicas con manifestaciones clínicas similares producidas por el *Paracoccidioides Brasiliensis* como la Tuberculosis, Leishmaniasis, entre otros. (6)

El objetivo del trabajo es describir las características clínicas del paciente que acudió a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Concepción específicamente a la cátedra de Anatomía Patológica.

## 2. Revisión Bibliográfica

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM) Asunción – Paraguay, se analizaron 124 registros médicos con el diagnóstico de paracoccidioidomicosis (forma crónica del adulto) con afección pulmonar, internados en el INERAM en el periodo comprendido entre enero de 1980 y diciembre de 2003. Las comorbilidades más frecuentes fueron tabaquismo y otras afecciones pulmonares, 13 casos de tuberculosis, 7 silicosis, 2 neumonías comunitarias y 2 neumotórax. Los principales motivos de consulta fueron tos productiva, disnea y hemoptisis. Todos los pacientes estaban sintomáticos en el momento de la admisión hospitalaria. (7)

Calderón M. et al, en 2015 presentaron un caso clínico de un adolescente de 14 años de sexo masculino, referido del área rural con cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por presentar múltiples adenopatías diseminadas en todo el cuerpo y palidez mucocutánea generalizada, acompañado de dolor abdominal inespecífico y difuso. A nivel de boca presenta múltiples placas blanquecinas en lengua y paladar blando que al desprenderse dejan una superficie ligeramente sangrante. En campos pulmonares se auscultan sibilancias y estertores crepitantes finos. Se realizó biopsia ganglionar que permitió la valoración anatomopatológica que reveló un proceso inflamatorio crónico granulomatoso donde se observan hongos en forma de “timón de barco” característico de la *Paracoccidioidomicosis* (PCM). Por este motivo se decidió tratamiento con esquema antibiótico y anti fúngico inicial (cefotaxima, amikacina,

fluconazol) lo que llevo a la mejoría del paciente. (8)

González L. et all, en 2011 realizaron un estudio descriptivo en el que se revisaron datos de 68 306 consultas del archivo de la Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas FCM-UNA en el periodo comprendido entre los años 2005 al 2011. Se incluyeron todos aquellos pacientes con diagnóstico clínico-patológico de PCM y se excluyeron aquellos pacientes que presentaron alguna otra micosis profunda. Se estudiaron las siguientes variables: frecuencia, sexo, edad, profesión, procedencia, motivo de consulta, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la consulta, afectación de piel y mucosas, número de lesiones, patologías asociadas, diagnóstico clínico, frotis y anatomía patológica, laboratorio y radiografía de tórax. De los 68 306 casos examinados, 36 pacientes (0.05%) presentaron alguna micosis profunda. Del total de 36 pacientes con micosis profunda, 16 correspondían a PCM (0.02%) lo que hace un 44% del total de casos con micosis profunda. Se encontró un predominio del sexo masculino con 15 pacientes (94%). El tratamiento se realizó en 12 pacientes, diez de ellos (63%) recibieron itraconazol 200mg/día por seis meses, nueve con buena evolución y uno falleció debido a las comorbilidades asociadas. (9)

### 3. Relato de Caso

Acude a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Concepción paciente masculino de 32 años de edad con bajo peso, palidez, sudoración y lesión ulcerativa en labios, mucosa, paladar duro y nariz; presencia de nódulos en ambos brazos con aproximadamente 7 meses de evolución, molestias para hablar y deglutir. Al realizar la historia clínica se constata

hábitos como el tabaquismo e incapacidad para higienizar la cavidad oral. El paciente relata que se medicaba con alfa amilasa 600 mg sin notar cambios en su salud.



Fig. 1.1 Lesión en cavidad oral y nariz.



Fig. 1.3 Nódulo en brazo izquierdo

Universidad Nacional de Concepción  
Creada por Ley Nº 3201/07  
Facultad de Odontología  
Carrera de Odontología  
Ruta V, Km 2 Gral. Balmaceda, Concepción, Telf: (511) 241-480  
www.founc.com.py  
Email: odontologia.uno@gmail.com

Estoy consciente que de no cumplir las indicaciones dadas por los estudiantes y/o docentes, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Concepción, no se hace responsable de las consecuencias por no cumplir las mismas.

7. Por tanto y en pleno conocimiento de lo antes expuesto, doy mi total consentimiento para realizarme los respectivos procedimientos sugeridos por la cátedra.

En Concepción, a los 7 de junio de 2019.

Firma del paciente (O su representante legal)  
Firma Docente Instructor N° de REG  
Firma del Estudiante tratante

Fig. 1.4 Consentimiento informado.

Se procede a la toma de muestra para biopsia y estudios laboratoriales para el diagnóstico diferencial de la lesión. Para ello se realiza un raspado en la mucosa y luego se extirpa tejido del labio inferior con posterior sutura.

Fig. 2.1 Raspado de mucosa oral



Fig. 2.2 Toma de muestra para biopsia.

Fig.2.3 Sutura del labio inferior



Fig. 2.4 Muestra obtenida del labio inferior.

El estudio anatomopatológico reveló un proceso inflamatorio crónico compuesto por granulomas inmunológicos no necrotizantes en dermis y corion de mucosa oral, además de observar microorganismos compatibles con paracoccidioidomicosis, descartando un proceso neoplásico maligno en lo observado.

Fig. 3.1 Informe anatomopatológico.

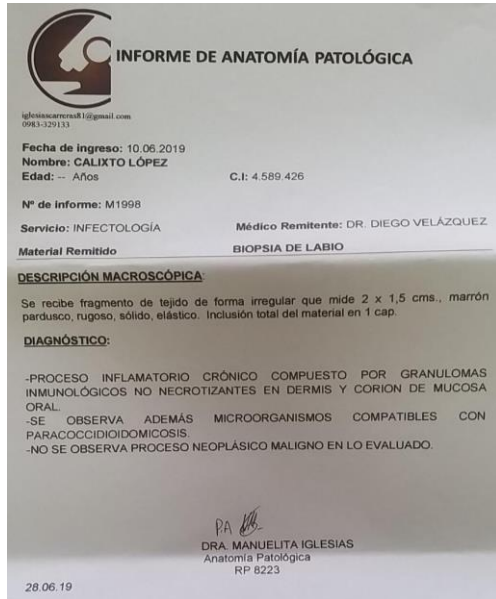


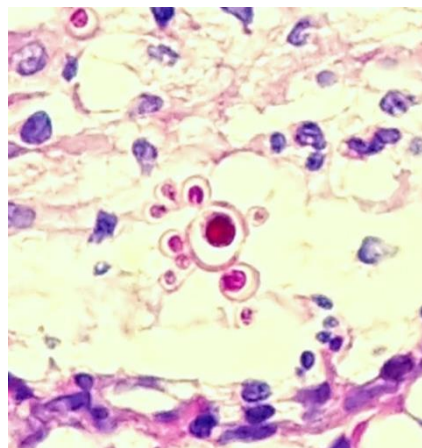
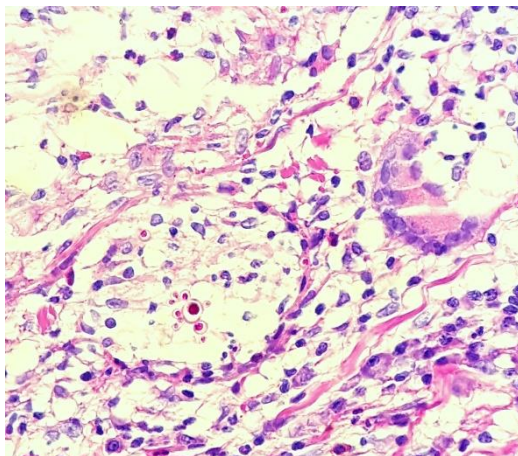
Fig. 3.2 Estudio laboratorial.

Dra. Lorena González León Inmunología Clínica Reg. Prof. Nº 1622	Avda. Pinedo Nº 330 y Tte. Agüero Tel.: 0331 240853 Concepción - Paraguay	laboratorio <b>BIOMEDIC</b>
Paciente: CALIXTO LOPEZ PAREDES	Sexo: Masculino	
Código: 31.189	Fecha: 08/06/2019	
Médico: DR. JORGE A. CORONEL GAMARRA	Edad: 37 Años	

ANÁLISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
<b>INMUNOLOGÍA</b>		
<b>SANGRE</b>		
LEISHMANIA CUTANEA - ac IgG Método: IF	Negativo; dil 1:20	Negativo; dil 1:20
LEISHMANIA CUTANEA - ac IgM Método: IF	Negativo; dil 1:20	Negativo; dil 1:20
LEISHMANIA VISCERAL IgG + IgM (RK39) - ac Método: Inmunofluorescencia	Negativo	Negativo

Fuente: DIAZ GILL MEDICINA LABORATORIAL  
Fin de Informe



Al análisis microscópico se observa proceso inflamatorio crónico granulomatoso y en la tinción con Ácido Peryódico de Schiff se observan las esporas micóticas con gemas a alrededor dando aspecto de “timón de marino”.

Luego del diagnóstico el paciente recibió tratamiento con antimicóticos de amplio espectro, observando mejorías a las pocas semanas.



#### 4. Conclusiones

Ante la sospecha clínica, es necesario solicitar estudios micológicos, pruebas serológicas y estudios anatomopatológicos para confirmar el diagnóstico de paracoccidioidomicosis. Es importante destacar el rol del conocimiento de la patología de parte del Odontólogo, ya que como en esta ocasión el paciente puede acudir a consulta por las manifestaciones orales. Estamos obligados a un diagnóstico diferencial cuidadoso, y de este ejercicio aprendemos continuamente, como en el caso presentado, donde el diagnóstico fue inesperado. Con un diagnóstico de certeza temprano y un rápido comienzo del tratamiento antifúngico podríamos evitar secuelas y en muchos casos evitar que continúen muriendo pacientes con una enfermedad tratable y curable. En síntesis, una buena anamnesis, un minucioso análisis del cuadro clínico, la solicitud de exámenes para el diagnóstico diferencial y el tratamiento oportuno pueden lograr que la PCM se convierta en una enfermedad, atendida a tiempo, tratada y curada.

#### 5. Bibliografía.

1. Janete Grando L, Somacarrera Pérez M.L, Luckmann Fabro S.M, Meurer M.I, Riet Correa Rivero E, Modolo F. Paracoccidioidomicosis: Manifestaciones orales e implicaciones sistémicas. Av Odontoestomatol nov./dic. 2010.vol.26 no.6 Madrid. 1-9.
2. Arquímedes Canese. Micosis Sistémica. Andrés Canese Ediciones y Arte S.A. Manual de Microbiología y Parasitología Médica. 7ma ed. Asuncion-Py.2012. 273-288.
3. Murray Rosenthal Pfaller. Micosis Sitemicas causadas por hongos dimórficos. Microbiología Medica. 7ma ed.Madrid. Elsevier Saunders. 2013. 661-674.
4. Patricia Araujo, Gustavo Aguilar, Nilfo Arce, Mario Martínez. Paracoccidioidomicosis detectados en el período 2004-2013 en el Laboratorio Central de Salud Pública de Asunción – Paraguay. Rev. Nac. (Itauguá) Dec. 2016.vol.8 no.2. 1-8.
5. Cristina E. Canteros. Paracoccidioidomicosis: Crónica de una enfermedad olvidada..Medicina 2018; 78: 180-184.
6. Maria Aparecida Shikanai-Yasuda et all. II Consenso Brasileño en la paracoccidioidomicosis, 2017. doi: 10.5123/S1679-49742018000500001. 2018.
7. Pérez, D, Oviedo, JA, Gill, dIS. Paracoccidioidomicosis: características clínicas de 94 casos. Revista Americana de Medicina Respiratoria. 2014;14(1):20-27.
8. Maribel Choque Barrera et all. Paracoccidioidomicosis, a propósito de un caso. Gac Med Bol. 2015. 38 (1)30-33.
9. Lourdes González et all. Paracoccidioidomicosis: análisis clínico-patológico de 16 casos 2005-2011. Folia

- dermatol. Peru 2011; 22 (1): 11-16.
10. João N. de Almeida Jr.et all. Paracoccidioidomycosis in Immunocompromised Patients: A Literature Review. *J. Fungi* 2019, 5, 2; doi:10.3390/jof5010002
  11. López-Martínez R, Hernández-Hernández F, Méndez-Tovar LJ, (...), Estrada R, Chávez G. Paracoccidioidomycosis in Mexico: Clinical and epidemiological data from 93 new cases (1972-2012). *Mycoses*. 2014;57(9):525-530
  12. Borges SR, Silva GM, Chambela Mda C, Oliveira Rde V, Costa RL, Wanke B, Valle AC. Itraconazole vs. trimethoprim-sulfamethoxazole: A comparative cohort study of 200 patients with paracoccidioidomycosis. *Med Mycol*. 2014 Apr;52(3):303-10. doi: 10.1093/mmy/myt012.
  13. Bocca AL, Amaral AC, Teixeira MM, Sato PK, Shikanai-Yasuda MA, Soares Felipe MS. Paracoccidioidomycosis: eco-epidemiology, taxonomy and clinical and therapeutic issues. *Future Microbiol*. 2013 Sep;8(9):1177-91. doi: 10.2217/fmb.13.68.
  14. Marques SA. Paracoccidioidomycosis. *Clin Dermatol*. 2012 Nov-Dec;30(6):610-5. doi: 10.1016/j.clindermatol.2012.01.006.
  15. Marcia Ramos-e-Silva, and Luciana do Espirito Santo Saraiva. Paracoccidioidomycosis. *Dermatologic Clinics*, Apr 2008; 26(2): 257-269. doi:10.1016/j.det.2007.11.005