

## Paracoccidioidomicosis en paciente con infección por VIH. A Propósito de un caso.

Alexis Lara, Ana Beatriz Betancourt, Belkis Noya, Marialejandra Solano, Ernesto Alayo, Katrina Fernández, Ángela Ruiz

Servicios de Dermatología e Infectología. Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.  
Correo electrónico: alex77\_ve@yahoo.com

### Resumen

Se reporta caso de Paracoccidioidomicosis por *Paracoccidioides brasiliensis* en su forma aguda en paciente inmunosuprimido por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Estas infecciones agudas tienen un carácter más severo que las crónicas. Se insiste en la demostración del agente causal por estudio micológico e histopatológico.

**Palabras clave:** paracoccidioidomicosis, *paracoccidioides brasiliensis*, VIH

### Abstracts

An acute form case of Paracoccidioidomycosis due to *Paracoccidioides brasiliensis* in an immunosuppressed patient infected by the human immunodeficiency virus (HIV) is reported. These acute infections have a more severe character than the chronic ones. Emphasis is placed on the demonstration of the causative agent through a mycological and histopathological study.

**Key words:** paracoccidioidomycosis, *Paracoccidioides brasiliensis*, HIV

### Introducción

La infección por el hongo *Paracoccidioides brasiliensis* es una micosis profunda sistémica endémica en América Latina, descrita por primera vez en Brasil por Adolfo Lutz en 1908<sup>(1)</sup>. Las infecciones agudas tienen un carácter más severo que las formas crónicas<sup>(1)(2)</sup> y en los pacientes con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se plantea que la clínica pudiese corresponder a diseminación linfática o hematogena de un foco latente del hongo en el huésped con infección crónica<sup>(3)(4)</sup>. Se ha planteado que la infección por este hongo no tiene un comportamiento como infección oportunista en el paciente con VIH, sin embargo este punto es controversial<sup>(2-5)</sup>, ya que algunos estudios concluyen que en los pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), esta micosis tiene un comportamiento más severo con una alta letalidad, de hasta 30%<sup>(2)(4)(6)</sup>.

### Caso Clínico

Paciente masculino de 41 años de edad, natural de Caracas y procedente de Santa Teresa del Tuy (Edo. Miranda), comerciante informal, con diagnóstico de VIH desde hace 3 años sin tratamiento, quien consulta por presentar placa ulcerada dolorosa con secreción seropurulenta en espalda, además de pápulas y placas ulceradas en punta nasal de 1 año de evolución, con escalofríos y aumento de temperatura no cuantificado de forma intermitente, sin haber consultado a médico o haber recibido tratamiento. Niega síntomas respiratorios o lesiones en cavidad oral. Al examen físico se aprecia placa eritematoviolácea de aproximadamente 7 x 3 cm muy friable, con úlcera central de bordes irregulares cortados a pico y fondo cubierto por costra hemática y melicérica, además de pápulas satélites a la lesión principal de similares características y pústulas aisladas en región dorsal (Fotos 1 y 2).

Foto 1.



En la biopsia de piel se aprecia epidermis ulcerada con acentuada hiperplasia pseudocarcinomatosa y presencia de abscesos neutrofílicos en la epidermis. En dermis, infiltrado difuso granulomatoso con presencia de esporas grandes, observándose con la coloración de PAS y Grocott la gemación múltiple de algunas esporas. (Fotos 3,4 y 5)

Foto 3.

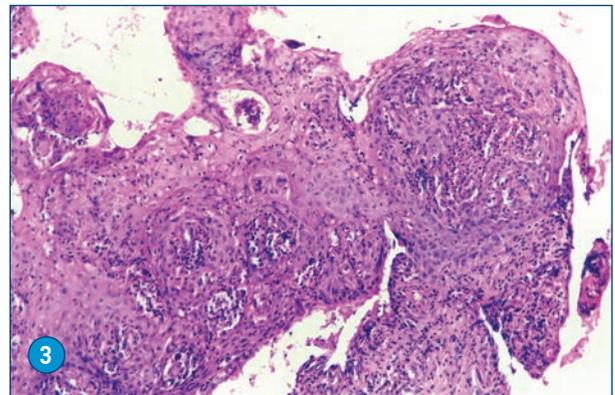


Foto 2.



Foto 4.

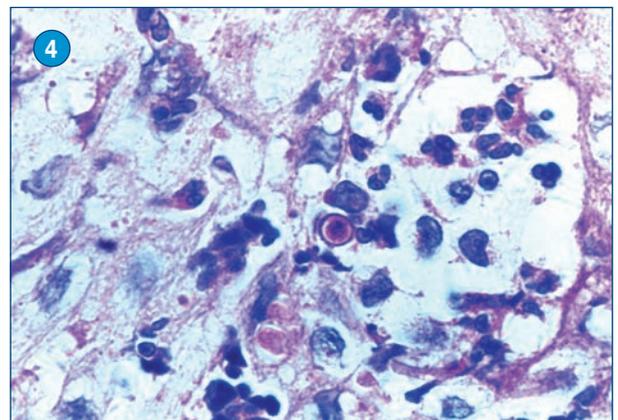


Foto: 5

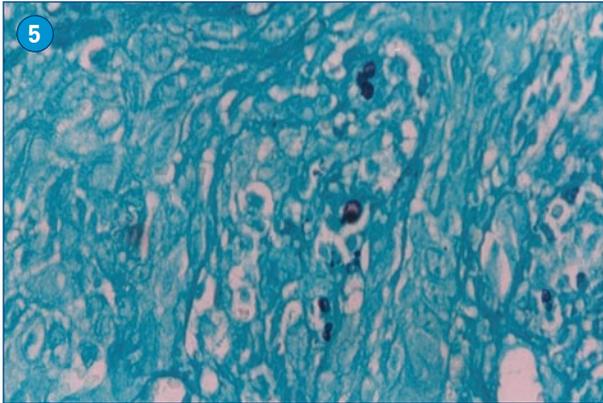


Foto: 6



Foto: 7



En los exámenes paraclínicos complementarios se observó anemia normocítica normocrómica leve (Hb 10.6 gr/dL) y linfopenia con conteo normal de glóbulos blancos. Carga viral (CV) de ARN-VIH de 67217 copias/ml y un conteo de linfocitos TCD4+ de 22 células/mm<sup>3</sup>. El examen radiológico mostró un infiltrado intersticial bilateral discreto, y el ultrasonido abdominal no demostró alteraciones. La serología para Paracoccidioides fue positiva en 1/32 dil y el examen micológico directo fue positivo con hallazgo de levaduras multibrotantes anisométricas y aislamiento en cultivo micológico de *P. brasiliensis*.

El paciente es evaluado en conjunto con el servicio de Infectología del Hospital Universitario de Caracas, con inicio de Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) y se inicia anfotericina B IV diaria a dosis de 50 mg, ajustándose posteriormente la dosis a intervalos de administración de 3 veces por semana debido a alteraciones de la función renal y de los electrolitos séricos, con posterior buena tolerancia, siendo evaluado nuevamente con dosis total acumulada de 2,000 mg con importante resolución clínica de las lesiones (Fotos 6 y 7)

## Discusión

Las formas crónicas de esta micosis tienen una elevada incidencia en la población masculina y habitantes de áreas rurales, entre la segunda y cuarta década de la vida, como en nuestro caso <sup>(1)(3)(4)</sup>. Se ha descrito como importante factor de riesgo para pacientes con infección por VIH el uso de drogas ilícitas intravenosas <sup>(4)</sup> lo cual no fué reportado por nuestro paciente. La afección cutánea extensa es más frecuente en este tipo de pacientes <sup>(3)</sup>, con reportes de manifestaciones inespecíficas o inusuales <sup>(7)(8)</sup>. Otras formas diseminadas con compromiso ganglionar, hepático, esplénico u osteoarticular tienen una considerable frecuencia <sup>(3)(5)</sup>, lo cual no se presentó en nuestro caso. Las pruebas diagnósticas serológicas y epicutáneas tienen una limitada sensibilidad y especificidad, especialmente en casos de SIDA <sup>(3)</sup>, por lo que el diagnóstico histopatológico y micológico es fundamental <sup>(1-5)</sup>. No existen estudios aleatorios que apoyen un fármaco antifúngico específico o una duración óptima de tratamiento, pero anfotericina B parece ser la droga de elección, con sulfas o azoles

como terapia de mantenimiento, en ocasiones de por vida <sup>(2)(3)(5)</sup>.

## REFERENCIAS

1. Negrón R. Paracoccidioidomycosis (South American Blastomycosis, Lutz's mycosis). *Int J Dermatol* 1993; 32: 847-59
2. Paniago A, De Freitas A, Aguiar E, et al. Paracoccidioidomycosis in patients with human immunodeficiency virus: review of 12 cases observed in an endemic region in Brazil. *J Infect* 2005; 51: 248-52
3. Aberg J. HIV InSite: Paracoccidioidomycosis and HIV. 2006: Available from: URL: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-05-02-08#>
4. Benard D, Duarte A. Paracoccidioidomycosis: a model for the evaluation of the effects of the Human Immunodeficiency Virus infection on the natural history of endemic tropical diseases. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 1032-9
5. Goldani L, Sugar A. Paracoccidioidomycosis and AIDS: an overview. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 1275-81
6. Silva-Vergara M, Teixeira A, Curi V, et al. Paracoccidioidomycosis associated with human immunodeficiency virus infection. Report of 10 cases. *Med Mycol* 2003; 41: 259-63
7. Tejos L, Perez R, Cavallera E, Oliver M. Paracoccidioidomycosis: presentación inusual. *Dermatol Venez* 2003; 41: 19-22
8. Castro G, Martínez R. Disseminated paracoccidioidomycosis and coinfection with HIV. *N Engl J Med* 2006; 355: 2677.