

# PARACOCCIDIODOMICOSIS: CASUÍSTICA DE LA CONSULTA DE MICOLOGIA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS 1980-1990

Dra. Paola Pasquali\*  
Dra. Homagdy Rodríguez de Arévalo\*\*

Pasquali P, Rodríguez de Arévalo H: **Paracoccidioidomycosis: Casuística de la Consulta de Micología del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas**: Dermatología Venezolana 30: 165-171, 1992.

## RESUMEN

Se presenta la casuística de la Consulta de Micología del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas, desde 1980 a 1990,

## SUMMARY

We show the results of a retrospective study of all the causes of Paracoccidioidomycosis from 1980 to 1990 at the Department of Dermatology, Hospital Universitario de Caracas,

## INTRODUCCIÓN

La Paracoccidioidosis es una micosis profunda sistémica causada por el Paracoccidioides Brasiliensis, hongo dimorfo cuyo hábitat es el hombre y en él se encuentra en forma de levadura multibrotante. Se presenta como una enfermedad granulomatosa crónica que afecta principalmente pulmón, mucosa orofaríngea y sistema reticuloendotelial. Es la micosis profunda más común en América Latina. Afec-

ta predominantemente a hombres en edad adulta que habitan en el medio rural.<sup>1</sup>

La mayoría de los autores opina que el hábitat de *P. brasiliensis* es el suelo de las áreas endémicas y no el hombre o alguna otra especie animal. El hombre parece ser el único huésped para este hongo y es necesario para que ocurra la infección que haya vivido en un área endémica. El término "reservárea"<sup>2</sup> introducido por el Dr. Borelli (1964) designa aquellas áreas donde el hongo tiene su hábitat y donde el hombre adquiere la infección. El área endémica es el lugar donde se diagnóstica la enfermedad y pudiera ser

diferente de la "reservárea". Las características de dichas áreas son: temperatura de 18-23°C, precipitación de 800-2000 mm/año, altura de 500-1500 mts y suelo ácido.<sup>3</sup>

Las formas clínicas de la enfermedad son básicamente dos: una aguda (juvenil) que afecta fundamentalmente el sistema reticuloendo-telial, con poca afectación mucocutánea y pulmonar<sup>4</sup> y la otra forma es la crónica (adultez) con afectación principalmente mucocutánea y pulmonar.

Se realiza una evaluación retrospectiva de la casuística de Paracoccidioidosis en el Servicio de Derma-

\* Residente de Dermatología.  
Hospital Universitario de Caracas.

\*\* Jefe del Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario de Caracas.

toología del Hospital Universitario de Caracas desde el año 1980 hasta el año 1990.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se evaluaron las historias de todos los casos de Paracoccidioidosis diagnosticados por la Consulta de Micología del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas (HUC), desde el año 1980 hasta el año de 1990, inclusive. La

fente de información fueron las historias clínicas de Micología y las historias generales del Hospital.

De un número total de 7115 pacientes que fueron evaluados en dicha consulta entre los años de 1980-1990, 167 (2%) tenían diagnóstico de Micosis Profunda (ver Gráfico N° 1) y de éstas se obtuvieron 73 historias de pacientes con diagnóstico de Paracoccidioidosis (ver Gráfico N° 2).

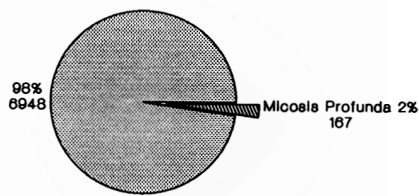
### RESULTADOS

De un total de 73 casos de Paracoccidioidomicosis diagnosticados entre 1980-1990 se obtuvieron los siguientes resultados:

- 1.- **Distribución por sexo (ver Gráfico N° 3):** De 73 pacientes con diagnóstico de Paracoccidioidosis, 65 (89%) fueron hombres y 8 (11%) fueron mujeres. Dos de estas mujeres estaban embarazadas y una tenía 7 años.

GRAFICO N° 1

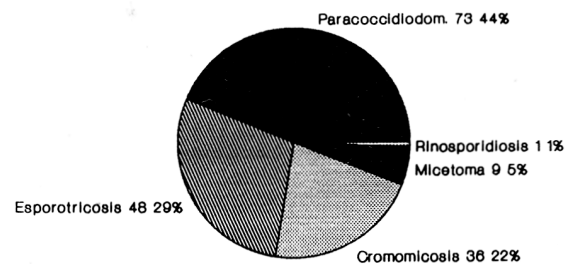
#### PORCENTAJE DE PACIENTES CON MICOSIS PROFUNDA. CONSULTA DE MICLOGIA. HUC.



Fuente: Archivo de Historias Médicas HUC.

GRAFICO N° 2

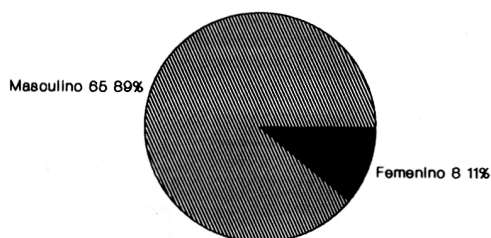
#### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE MICOSIS PROFUNDA



Fuente: Archivo de Historias Clínicas.

GRAFICO N° 3

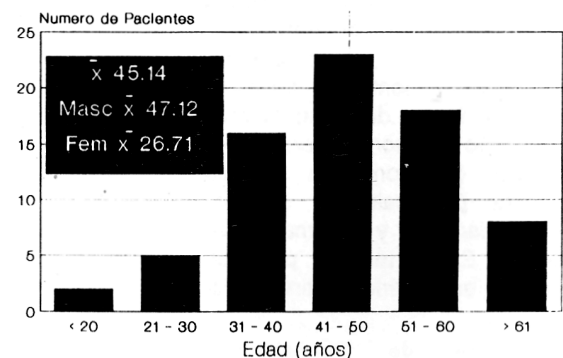
#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO



Fuente: Archivo de Historias Médicas.

GRAFICO N° 4

#### DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETARIOS



Fuente: Archivo de Historias Médicas.

2.- **Distribución por edad (ver Gráfico N° 4):** El rango de edad osciló entre 7 y 72 años. El promedio fue de 45,14 años. Al relacionar edad con sexo se constata que el promedio de edad entre los 65 hombres fue de 47,12 años y entre las 8 mujeres de 26,71 años. De las 8 mujeres, 2 presentaron la forma aguda (Juvenil) de la enfermedad, el resto presentó la forma crónica clásica.

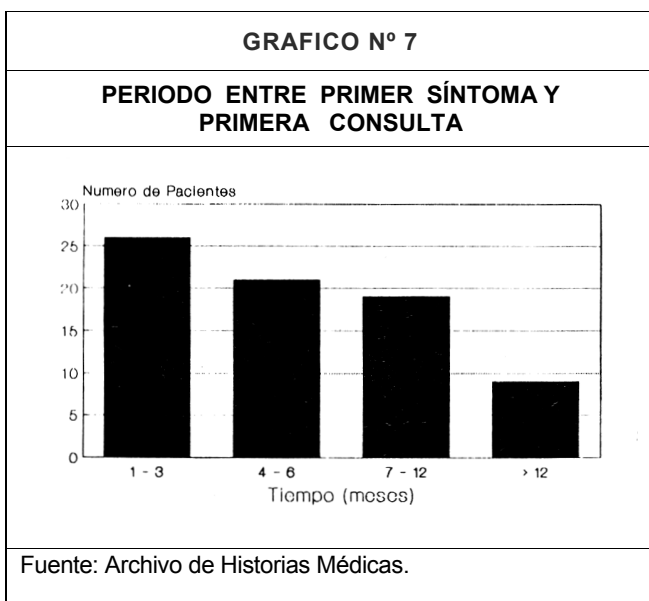
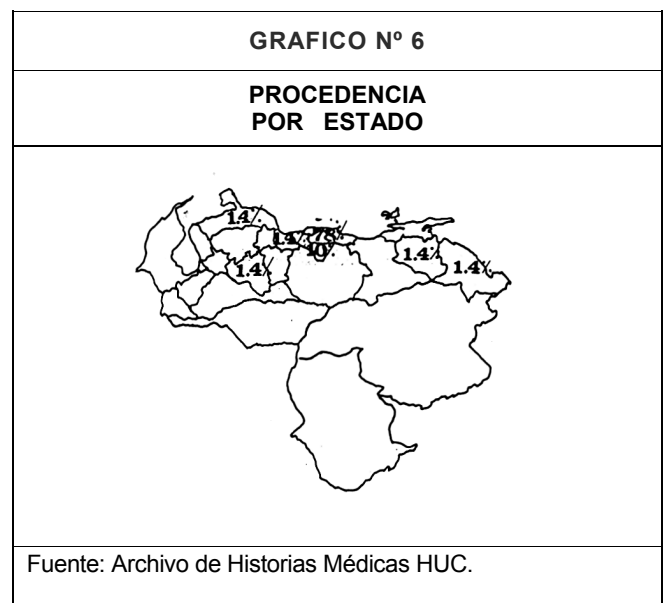
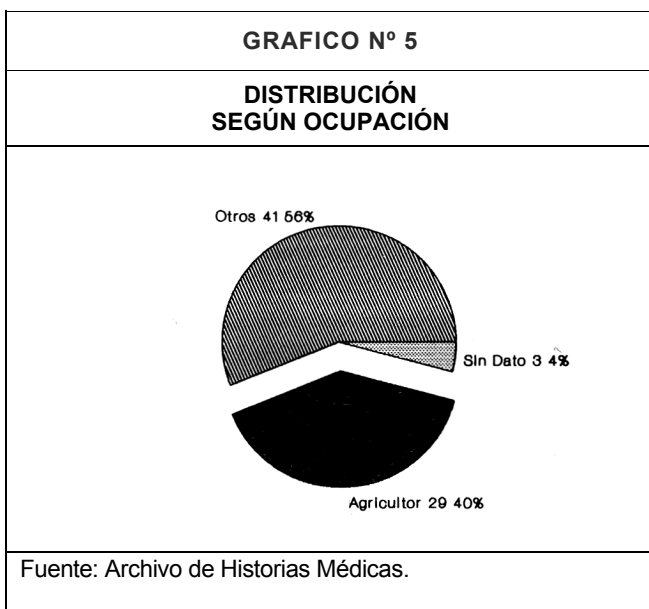
3.- **Distribución por ocupación (ver Gráfico N° 5):** De 73 pacientes, 29 (40%) eran agricultores, 41 (56%) tenían ocupaciones diversas (no incluida la agricultura) y en 3 (4%) no se precisaba este dato.

4.- **Procedencia por estado (ver Gráfico N° 6):** El 78% provenían del estado Miranda y Distrito Federal, 10% de Aragua, 1,4% de Carabobo, 1,4% de Yaracuy, 1,4% de Falcón, 1,4% de Mona-

gas, 1,4% del Delta Amacuro.

5.- **Período entre primer síntoma y consulta (ver Gráfico N° 7):** En 26 pacientes el período entre el primer síntoma y la solicitud de atención médica fue entre 1-3 meses; en 21 pacientes fue entre 4-7 meses; en 19 pacientes entre 9-12 meses y en 9 pacientes fue más de 1 año.

6.- **Síntomas y signos (ver Gráfico N° 8):** Las lesiones en mucosa oral fueron las más frecuentes,



en 64/73 pacientes; estas incluían lesiones en lengua, encías, mucosa de paladar y carrillos (ver Foto N° 1); 12/73 pacientes consultaron por caída de dientes, en cuya encía se evidenciaba la lesión de mucosa (ver Foto N° 2); 52/73 presentaban pérdida de peso; 31/73 presentaban tos; 31/73 disnea; 19/73 adenopatías (ver Foto N° 3); 11/73 odinofagia; 10/73 disfonía; 10/73 con edema de labios; 10/73 con hipertermia; 3/73 con fistulas a piel.

Sólo en 2 se confirmó dx de TBCP conjuntamente con el de Paracoccidioidosis.

Tres pacientes presentaron la forma aguda (juvenil) de la enfermedad. El resto presentó la forma crónica.

**7.- Radiografía de tórax (ver Gráfico N° 9):** Las imágenes patológicas características de infección por Paracoccidioides incluyen infiltrados mixtos alveolares o

intersticiales, bilaterales, simétricos y parahiliares usualmente comprometiendo el tercio medio de los pulmones (ver Foto N° 4). 65/73 pacientes se realizaron la radiografía de tórax. En 57 de estos 65, la radiografía fue patológica; en los restantes 8 pacientes la radiografía fue normal. Entre estos 8 pacientes se encontraban 2/3 pacientes la forma juvenil de la enfermedad.



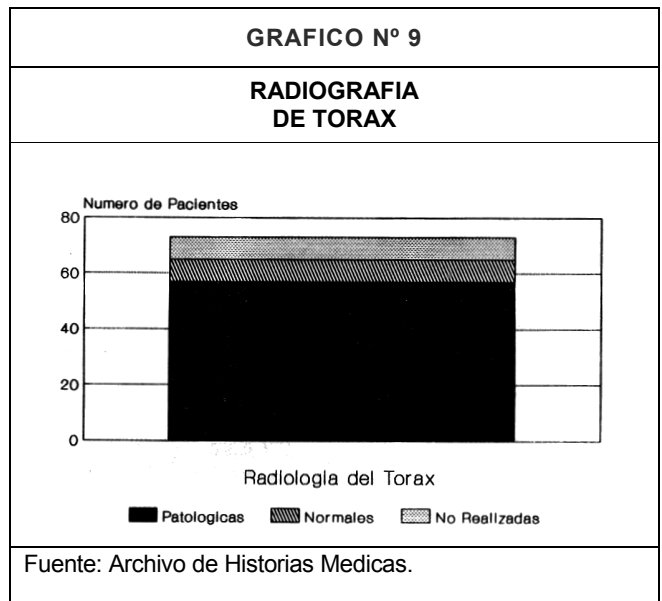
Foto N° 1: Lesiones en mucosa oral (lengua).



Foto N° 2: Lesión en encías con caída de dientes.



Foto N° 3: Adenopatías en paciente de 7 años.



8.- **Exámenes paraclínicos (ver Gráfico N° 10):** En el examen directo positivo (ver Foto N° 5) se evidencia bajo el microscopio de luz el p. brasiliensis. De los 73 pacientes, en 68 pacientes el examen directo fue positivo, en 2 fue negativo y en los tres restantes el hongo se visualizó a través de una muestra de biopsia.

En la biopsia de la lesión se ve el granuloma a agente vivo, constatándose la presencia de

esporas dentro de células gigantes, algunas multibrotantes. Se le realizó biopsia a 21/73: 4/21 biopsias fueron de ganglios; 2/21 realizadas por el Servicio de ORL de lesiones laríngeas. El resto fueron biopsias de lesiones en mucosa oral. Todas las biopsias fueron diagnosticas de esta patología.

Se realizaron cultivos de material obtenido de las lesiones en 67/ 73 pacientes; en 27 creció p. brasiliensis; 40 cultivos fueron

estériles o estuvieron contaminados por levaduras.

La serología se realizó solamente en 9/73 pacientes, resultando positiva en 8/9.

9.- **Tratamiento (ver Gráfico N° 11):** Los tratamientos utilizados fueron:

- Sulfametoxipiridazina (sulfonamida), 500 mgrs. día por 3 años. (Se utilizó hasta el 1988 cuando ya no era disponible en el mercado).

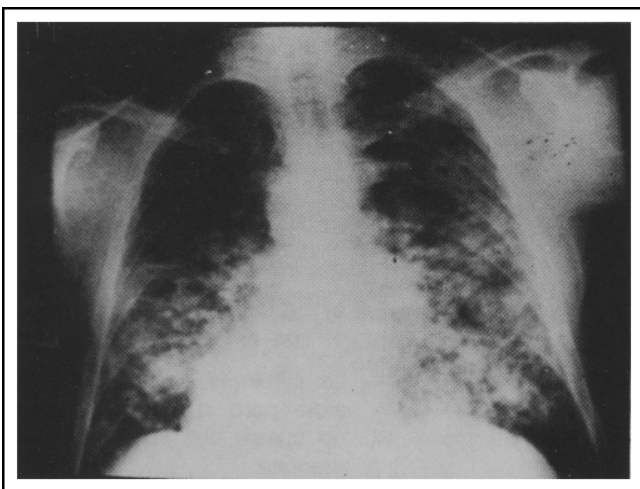


Foto N° 4: Radiografía de tórax patológica.

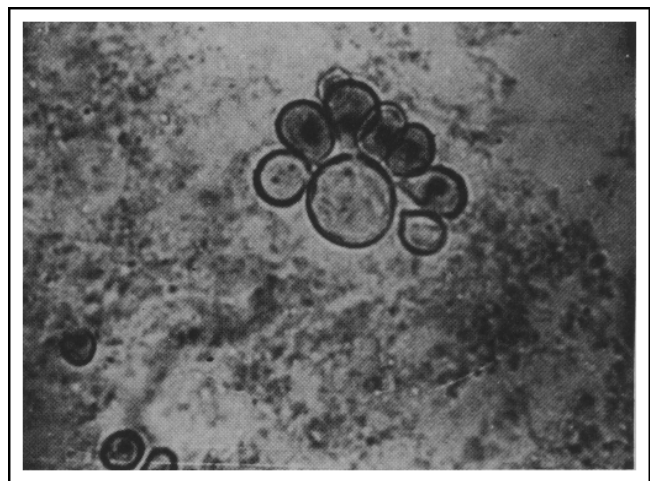
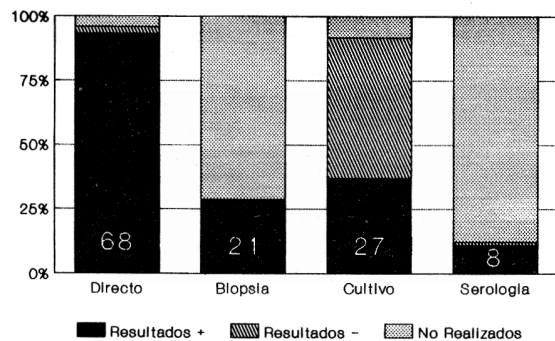


Foto N° 5: Espora multibrotante al examen directo..

GRAFICO N° 10

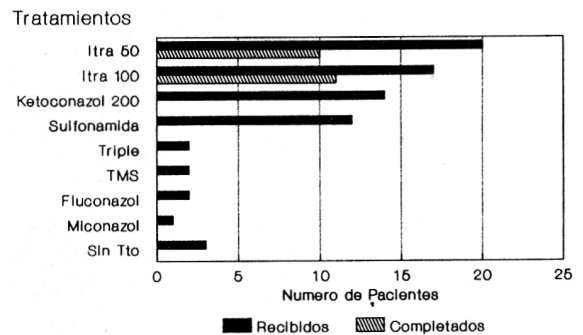
**EXAMENES  
PARACLINICOS**



Fuente: Archivo de Historias Medicas.

GRAFICO N° 11

**TRATAMIENTOS  
RECIBIDOS**



Fuente: Archivo de Historias Medicas.

- Miconazol 750 mgrs. por día por 6 meses.
- Tratamiento triple (anfotericina B, miconazol, sulfonamida) por 3 meses (intrahospitalario).
- Ketoconazol 100 mgrs. día por 1 año.
- Itraconazol a dosis de 50 mgrs. día por 1 año.
- Itraconazol a 100 mgrs. día por 6 meses.
- Trimetoprim (320 mgrs/día) - sulfametoxazol (1600 mgrs/día) (TMS).
- Fluconazol 200 mgrs. día por 2 meses.

Solamente 24/73 pacientes completaron el tratamiento y pertenecieron al grupo Itraconazol y a los tratamientos triples (estos últimos eran tratados intrahospitalariamente). De 3 pacientes con tratamiento triple, 1 presentó recaída. Un paciente recibió sulfonamida y al 8avo. mes de tratamiento recayó. Se trató con itraconazol por un año con buena evolución.

**10.-Evolución histórica del tratamiento (ver Gráfico N° 12):** Entre 1980-83 se utilizó principalmente ketoconazol, sulfonamidas, tratamiento triple; entre 1984-87 itraconazol (50 mgrs/ día) y sulfonamida; entre 1988-1990 se utilizó TMS, ketoconazol, itraconazol y aparece en el fluconazol.

### RESULTADOS

- 1.- La presentación de la Paracoccidiosis con respecto a la consulta general de micología, su relación con otras micosis profundas, la distribución por sexo y ocupación corresponde a los datos publicados a nivel nacional.
- 2.- La procedencia de nuestros pacientes corresponde a nuestra área de influencia (Distrito Federal y Miranda).
- 3.- Los signos/síntomas y la radiografía de tórax constatan que la presentación más frecuente es la crónica. Cabe hacer notar que

sólo 2 pacientes presentaron dx simultáneamente de Tuberculosis Pulmonar. Esta cifra puede ser de hasta 25% si la población estudiada proviniera de un Servicio de Neumonología.

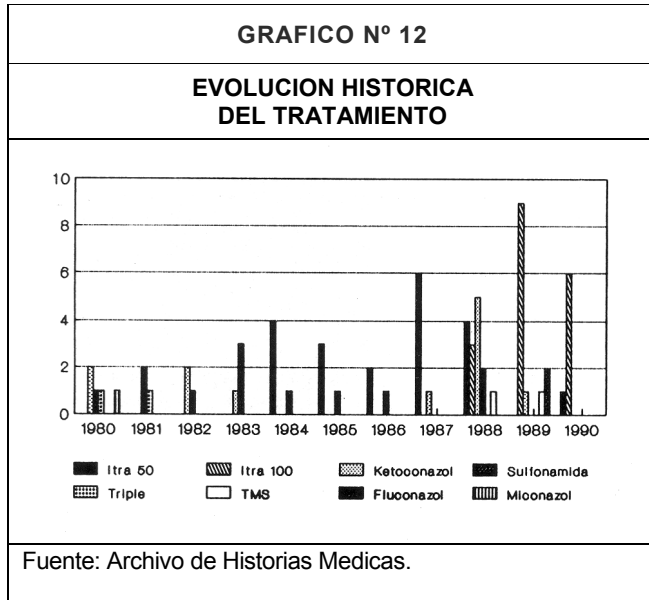
- 4.- Entre los exámenes paraclínicos, el examen directo sigue siendo el de mayor utilidad por su gran sensibilidad y fácil realización.

La biopsia es un método más caro y laborioso pero también muy sensible y particularmente útil en aquellas lesiones de laringe. El cultivo en las lesiones de mucosa oral es difícil básicamente por tres razones:

- a) Un alto índice de contaminación por las levaduras de la boca, las cuales inhiben el crecimiento del p. brasiliensis.
- b) El material que se obtiene es insuficiente.
- c) Dificultad intrínseca del hongo en crecer.

La serología es un método sensible pero que nuestro servicio no cuenta con su disposición inmediata.

- 5.- La evolución histórica de los tratamientos muestra el uso de diversos medicamentos a través de los años. Hubiese sido interesante determinar cuál de estos era más eficaz pero la alta tasa de deserción de los pacientes no permite llegar a conclusiones. Tan solo un 27% de los pacientes cumplieron el tratamiento. El motivo por el cual sólo los pacientes del grupo de itraconazol cumplieron el control médico durante el tratamiento probablemente se debió a que el Servicio le suministraba gratuitamente la droga que por otra parte no era disponible en el mercado para ese momento.



6.- Un punto final e interesante es el constatar que nuestros pacientes no consultan al médico con prontitud y que no cumplen a cabalidad las indicaciones médicas. Las razones son múltiples y complejas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Albornoz M: Lecciones de micología. Caracas 1979.
- 2.- Borelli D: Concepto de reservarea: la reducida reservarea de la paracoccidiodomicosis. Dermatología Venezolana 1964; 4: 71-77.
- 3.- Franco M, Poncio Méndez R, Moscardi-Bacchi M, Rezkallah-Iwasso M,

Rubens Montenegro M: Paracoccidiodomicosis. Baillière's Clinical Tropical Medicine and Communicable Diseases 1989; 4 (1).

- 4.- Yamín BG; Torres C, Cuervo SC, Sarmiento B, Del Nogal B, Cuervo E, Albornoz M: Paracoccidiodomicosis infantil. Revisión del Hospital "J.M. de los Ríos" 1952-1985. Bol Hosp Niños 1987; 23: 35-42.

## CALENDARIO DE REUNIONES CIENTÍFICAS DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE DERMATOLOGÍA AÑO 1993

<b>FEBRERO 05 Y 06:</b>	XXVIII REUNION ANUAL (CONTINUACIÓN) VIERNES 05: HORA: 06:00 A 10:30 P.M. SÁBADO 06: HORA: 08:00 A.M. A 04:00 P.M. AUDITORIUM COLEGIO MEDICO DISTRITO FEDERAL	<b>MAYO 15:</b>	QUE HAY DE NUEVO EN DERMATOLOGÍA COORDINADOR: DR. JAIME PIQUERO MARTIN
<b>FEBRERO 27:</b>	REUNION MENSUAL INSTITUTO BIOMEDICINA COORDINADOR: DR. ANTONIO JOSÉ RONDÓN LUGO	<b>MAYO 28 Y 29:</b>	CURSO DE MICOSIS 07:30 A 10:00 P.M. REUNION MENSUAL 09:00 A.M. A 12:00 M. HOSPITAL MILITAR, MARACAY COORDINADORES: DR. JORGE ALVARADO ROMERO Y DR. HELIO ESTRADA
<b>MARZO 27:</b>	REUNION MENSUAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS COORDINADORA: DRA. HOMAGDY RODRIGUEZ	<b>JUNIO 05:</b>	CURSO INFECCIONES BACTERIANAS DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS ELECTRICIDAD DE CARACAS COORDINADORES: DR. JOSÉ RAFAEL SARDI Y DR. ENRIQUE BLANCO
<b>ABRIL 24:</b>	REUNION MENSUAL HOSPITAL MILITAR "CARLOS ARVELO" COORDINADORA: DRA. GLENDA CORTEZ DE CASTRO	<b>JUNIO 18 Y 19:</b>	REUNION MENSUAL CURSO ETS/SIDA COORDINADORA: DRA. MARIA A. MEJIA DE ALEJOS HOSPITAL ANTONIO MARIA PINEDA BARQUISIMETO
<b>MAYO 07 Y 08:</b>	CURSO EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA CANCER DE PIEL SIDA/ETS COORDINADORES: DRA. ANABELLA SMITTER DE SANABRIA Y DR. JOSÉ MERCEDES DIAZ CUMANA	<b>JUNIO 19:</b>	CURSO DERMATOLOGÍA PRACTICA PARA MEDICO GENERAL COORDINADOR: DR. ANTONIO JOSÉ RONDÓN LUGO CLARINES

*Sigue en la pagina Nº 184*