

PARACOCCIDIOIDOMICOSIS EN EL ESTADO LARA

Dra. Zobeida M. de Román*

Dr. Segundo J. Barroeta B.**

Dra. María A. Mejía de Alejos***

(*) Cursante de Residencia Programada de Dermatología. Hospital Universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto.

(**) Jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Universitario "Antonio María Pineda" de Barquisimeto y profesor asociado de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado.

(***) Dermatólogo y Dermatopatólogo del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario "Antonio María Pineda" de Barquisimeto y profesora asociada de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado.

INTRODUCCION

La Paracoccidioidomycosis es una enfermedad granulomatosa crónica⁽¹⁾ de las mucosas, piel y órganos internos, que se distribuye en clima tropical y sub-tropical, entre los 23° de latitud Norte y los 34° de latitud Sur, con temperatura entre 14 y 28° y altitud entre 200 y 2.000 metros sobre el nivel del mar. Predomina en el continente Sur-Americano⁽²⁾, siendo en Brasil donde se ha encontrado el mayor número de casos. Se han detectado algunos casos en México y América Central.

El primer caso fue descrito por Lutz en el Brasil. En el año 1912 Splendor describe la morfología parasitaria y en 1930 Almeida crea el género Paracoccidioides y su especie brasiliensis.

En Venezuela se conoce desde 1937, cuando O'Daly lo comunica por primera vez como hallazgo de autopsia en el Hospital Vargas⁽³⁾. En 1939 Rodríguez e Iriarte reportan un nuevo caso por biopsia. En 1951 Campins y Scharyj describen sus observaciones clínicas en pacientes del Estado Lara y zonas vecinas, y señalan la multiplicidad clínica de la enfermedad.

El agente causal, Paracoccidioides brasiliensis, es un hongo dimorfo⁽⁴⁾, ya que se presenta en forma de levadura en los tejidos infectados^(37°) y en forma micelial en medios de cultivo. Es saprófito del suelo y la infección se produce, según la mayoría de los autores, por vía inhalatoria.⁽⁵⁾

RESUMEN En el lapso comprendido entre 1974 y 1985 se estudiaron 25 casos de Paracoccidioidomycosis. De éstos, hubo un 92% correspondiente al sexo masculino; y las edades extremas estuvieron entre los 30 y los 76 años.

La mayoría de los pacientes procedía del medio rural. El motivo de consulta fue, primordialmente, lesiones erosivas de la mucosa bucal; 15 casos tenían sintomatología general y 12 manifestaciones respiratorias.

El diagnóstico fue confirmado en todos los casos por biopsia y examen micológico. La radiografía de tórax dio imágenes compatibles con micosis profunda.

La biología de este hongo es muy compleja. Estudiando su ultraestructura se ha encontrado que posee pared celular, membrana plasmática, retículo endoplásmico, sistema de Golgi, vacuola central, mitocondrias y lisosomas, en todos los cuales se realizan procesos enzimáticos muy activos.⁽⁶⁾

En el hombre ocasiona un granuloma cuya intensidad depende de la respuesta inmune del huésped, especialmente de la inmunidad celular⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Gohman ha encontrado en sus trabajos una deficiencia en la capacidad digestiva y en la capacidad letal de los leucocitos y de las células de exudado bronquioalveolar, en pacientes afectados por esta patología.⁽⁹⁾

La Paracoccidioidomycosis es más frecuente en trabajadores del campo del sexo masculino, entre los 30 y los 60 años de edad.

En nuestro país se presenta como

la más frecuente micosis profunda generalizada; de allí la importancia del conocimiento clínico para sospecharla, lo cual nos motiva para hacer una somera revisión de este punto en el presente trabajo.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

En el cuadro clínico se observa frecuentemente:

Síntomas generales: fiebre ligera, pérdida de apetito y de peso, tos, ronquera, disnea, lo cual a menudo se confunde con un cuadro gripal. En la radiografía de tórax se observa un infiltrado fibronodular sugestivo.

Lesiones dolorosas, erosivas y-ulceradas, de la mucosa bucal y laríngea, con aspecto granulomatoso y punteado hemorrágico, que le da un aspecto moriforme. Ocasionalmente se presentan erosiones de la mucosa intestinal.

Lesiones úlcero-verruugosas de piel.

Adenopatías, especialmente cervicales.

Diseminación a otros órganos: glándulas suprarrenales, bazo, hígado, etc.

El diagnóstico presuntivo dado por los hallazgos clínicos y epidemiológicos debe confirmarse luego, con el aislamiento e identificación del hongo, del material proveniente de las lesiones, mediante:

1. Examen micológico (directo y cultivo).
2. Inoculación experimental.
3. Biopsia.
4. Serología.

Para realizar este trabajo, hicimos una revisión de los casos de Paracoccidioidomicosis diagnosticados en el Servicio de Dermatología del Hospital Central "Antonio María Pineda" de Barquisimeto, en el lapso comprendido entre 1974 y 1985. Durante este tiempo se diagnosticaron 31 casos de esta micosis; sin embargo, solamente tomaremos en cuenta 25, por ser los que en la actualidad tienen estudio totalmente documentado.

MATERIAL Y METODOS

En el presente trabajo se analizan 25 casos de Paracoccidioidomicosis, para lo cual se utilizó la siguiente metodología:

1. Estudio clínico del paciente e investigación, desde el punto de vista epidemiológico.
2. Confirmación del diagnóstico, mediante:
 - a. Examen micológico directo: desinfección y raspado de las lesiones con cureta y examen microscópico del material obtenido, con Hidróxido de Sodio al 10% y tinta Parker, para detectar la presencia del hongo.
 - b. Cultivo del material en medio de Sabouraud y Lactimel de Borelli, adicionados de Cloranfenicol, a 37° C, durante varias semanas.
 - c. Inoculación experimental de una suspensión de cultivo, por vía intratesticular, al cobayo. Todo esto se realizó en el Laboratorio de Micología de la Escuela de Medicina de la Universidad Centro

CUADRO No. 1

Número y porcentaje de casos de Paracoccidioidomicosis clasificados según el año de la primera consulta y el sexo
Barquisimeto
1974-1985

AÑO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1974- 1976	4	16	1	4	5	20
1977- 1979	3	12	-	-	3	12
1980-1982	11	44	1	4	12	48
1983 - 1985	5	20			5	20
TOTAL	23	92	2	8	25	100

Obsérvese que el mayor número de casos se presentó entre 1980 y 1982 (48%). Predominio en el sexo masculino con 23 casos (92%).

- Occidental Lisandro Alvarado.
- d. Estudio histopatológico del material previamente incluido en (forno) y teñido con PAS y Grocott (Laboratorio de Histopatología del Servicio de Dermatología del Hospital Central "Antonio María Pineda").
 - e. Serología: Extracción de 10 cc. de sangre, la cual se centrifuga para obtener el suero, que será examinado. (Dr. Humberto Campins, Centro de Micología Médica, Hospital Vargas, Caracas).
3. La información obtenida se traslada a una hoja de recolección de datos,

en la cual se anotan: año, edad, sexo, procedencia, ocupación, tiempo de evolución, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

En el presente trabajo se analizan 25 casos de Paracoccidioidomicosis, diagnosticados en el Servicio de Dermatología del Hospital Central "Antonio María Pineda", de Barquisimeto, Estado Lara.

En el Cuadro No. 1 se detallan dichos casos.

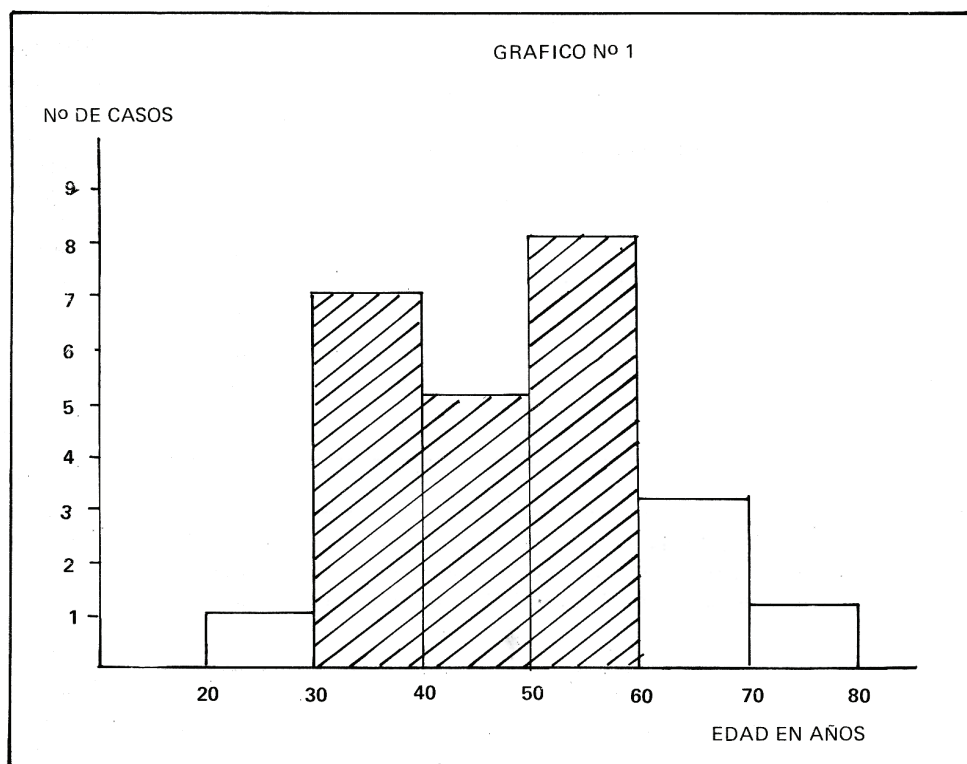
CUADRO No. 2

Número y porcentaje de casos de Paracoccidioidomicosis clasificados por edad, al momento de la consulta
Barquisimeto, 1974 - 1985

EDAD (en años)	CASOS	
	No.	%
21 -30	1	4
31 - 40	7	20
41 - 50	5	32
51 - 60	8	12
61 - 70	3	4
71 - 80	1	
TOTAL	25	100

Se aprecia una mayor frecuencia en el grupo etario comprendido entre 31 y los 60 años, con un total de 20 casos (80%).

GRAFICO No. 1
El Gráfico No. 1 muestra el diagrama de barras, referente al número y porcentaje de Paracoccidioidomicosis, según la edad al momento de la consulta, en el lapso 1974-1985.



CUADRO No. 3

Número y porcentaje de casos de Paracoccidioidomicosis clasificados según estado de procedencia y ocupación Barquisimeto, 1974 - 1985

ESTADO	AGRICULTORES		OTROS OFICIOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aragua	-	-	2	8	2	8
Barinas	1	4	-	-	1	4
Carabobo	3	12	-	-	3	12
Lara	9	36	2	8	11	44
Portuguesa	3	12	-	-	3	12
Yaracuy	1	4	-	-	1	4
Desconocido	3	12	1	4	4	16
TOTAL	20	80	5	20	25	100

De 25 casos revisados, 11 (44%) corresponden al Estado Lara, y en 4 casos (16%) no fue posible saber el sitio de procedencia, debido a las múltiples residencias de los pacientes; además, 20 casos (80%) realizaban otras actividades.

GRAFICO No. 2
Estados de procedencia de los casos de Paracoccidioidomicosis estudiados. Barquisimeto, 1974-1985



CUADRO No. 4

Número y porcentaje de casos de Paracoccidioidomicosis de acuerdo al tiempo de evolución, antes del diagnóstico Barquisimeto, 1974 – 1985

TIEMPO EN MESES	CASOS	
	No.	%
3 - 6	14	56
7-12	8	32
13-18	2	8
Desconocido	1	4
TOTAL	25	100

Nótese que en 14 casos (56%) el diagnóstico se efectuó en los primeros seis (6) meses de haber comenzado la sintomatología; en 8 casos (32%), entre 7 meses y un año; y en 2 casos (8%), luego de 18 meses de evolución.

CUADRO No. 5

Número y porcentaje de casos de Paracoccidioidomicosis según las manifestaciones clínicas y el sexo Barquisimeto, 1974 - 1985

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lesiones de piel y mucosas	23	92	2	8	25	100
Síntomas respiratorios y generales	14	56	1	4	15	60
Adenomegalias	7	28	1	4	8	32
Insuficiencia Suprarrenal	2	8	-	-	2	8

En todos los casos (100%) había lesiones de piel, mucosas o ambas. Las manifestaciones de tipo general y respiratorio se presentaron en 15 casos (60%), y el toque ganglionar en 8 casos (32%).

CONCLUSIONES

1. Coincidimos con otros observadores en afirmar que existe un predominio del sexo masculino sobre el femenino, de 11:1, siendo el grupo etario más afectado el comprendido entre 30 y 60 años. Además, es 4 veces más frecuente en agricultores que en personas con otras ocupaciones.
2. En la mayoría de los casos, el paciente es referido a un centro especializado para el diagnóstico, cuando han transcurrido varios meses de haber comenzado la enfermedad, lo que nos induce a aseverar que es necesario sembrar en los profesionales de la medicina a nivel de pre-grado, o a través de la educación médica continuada, los fundamentos clínicos para sospecharla más precozmente.
3. Es necesaria la creación de nuevos laboratorios de micología, a fin de poder diagnosticar tempranamente los casos existentes y así tener una idea más fidedigna de la prevalencia real de esta micosis.
4. Los laboratorios ya existentes deben informar periódicamente a los profesionales de la salud, la forma de tener acceso a ellos y cómo referir los casos sospechosos.
5. Las lesiones de piel y mucosas son las más frecuentes manifestaciones clínicas y el principal motivo de consulta de los pacientes.
6. La aerología; aunque importante, tiene el inconveniente de no realizarse sino en muy pocos sitios del país.
7. El tratamiento es un punto realmente preocupante, ya que:
 - con las Sulfas es necesario un tiempo muy prolongado de terapia, para lo cual nuestro paciente no está psicológicamente preparado;
 - el Ketoconazol, debido a su costo elevado, es prohibitivo para la gran mayoría de los enfermos; y
 - la Anfotericina B es un medicamento de difícil obtención, que ocasiona efectos colaterales severos o graves, a veces irreversibles. (12)

8. Creemos que el tratamiento debe ser elegido en cada caso individualmente. En todos los casos deben explicarse al paciente los riesgos de su enfermedad y la necesidad de continuar el tratamiento. Así mismo, establecer una adecuada relación médico-paciente para mantener un control adecuado de cada caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ORTEGA, A. A. Paracoccidioidomicosis. Cartilla Micológica. 21-28. Segunda Edición.
2. EMMONS, Ch. y col. Medical Mycology. 330-342. Second Edition.
3. CAMPINS, H. Micosis profundas endémicas en Venezuela. Memorias del VI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas. 2810-28-24.
4. SAN BLAS, G. Aspectos moleculares del dimorfismo en hongos. Ciencia y Tecnología de Venezuela, Vol. 2, No. 1. 1985.
5. BORELLI, D. Algunos aspectos ecológicos de la Paracoccidioidomicosis. Dermatología Venezolana. Ier. Simposio Internacional sobre Paracoccidioidosis, Medellín, Octubre de 1971. 11911198.
6. CAMPO, I. Biología del Paracoccidioides brasiliensis. Ciencia y Tecnología de Venezuela, Vol. 2, No. 1, 1985.
7. FRANCO, M. y col. Inmunopatología de la Paracoccidioidomicosis. Ciencia y Tecnología de Venezuela, Vol. 2, No. 1. 1985.
8. HOWARD, D. H. ¿Cómo los fagocitos matan a los hongos? Dermatología Venezolana. XX1:1980.
9. GOIHMAN YAHR, M. y col. Las células fagocitarias. Su funcionamiento en las enfermedades granulomatosas producidas por agentes vivos. El modelo de la Paracoccidioidomicosis. Ciencia y Tecnología de Venezuela, Vol. 2, No. 1, 1985.
10. FITZ PATRICK, Thomas y col. Dermatología en Medicina General. Segunda Edición. 1536-1561.
11. ALBORNOZ, M. B. La problemática de las micosis profundas generalizadas. Ciencia y Tecnología de Venezuela, Vol. 2, No. 1, 1985.
12. BORELLI, D. Tratamiento de las micosis profundas sistémicas. Ciencia y Tecnología de Venezuela, Vol. 2, No. 1, 1985

CUADRO No. 6

Número y porcentaje de casos de Paracoccidioidomicosis según la forma de comprobación diagnóstica Barquisimeto, 1974 – 1985

DIAGNOSTICADO POR:	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No	%
Examen radiológico	21	84	1	4	22	88
Examen micológico	23	92	2	8	25	100
Histopatología	23	92	2	8	25	100

En todos los casos (100%) el diagnóstico fue comprobado mediante el examen micológico e histopatológico. La radiografía de tórax mostró infiltrado fibronodular sugestiva de micosis profunda en 22 casos (88%). La serología sólo fue realizada en 11 de 17 casos diagnosticados a partir de 1980, encontrándose en todos (100%) anticuerpos precipitantes y fijadores de complemento para antígenos de **Paracoccidioides brasiliensis**.

CUADRO No. 7

Número y porcentaje de casos de Paracoccidioidomicosis, clasificados según el tratamiento recibido y la evolución Barquisimeto, 1974 - 1985

TRATAMIENTO CURADOS	EN CONTROL		PERDIDOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sulfas	1	4	2	8	10	40
Sulfas más Anfotericina B	2	8	-	-	1	4
Ketoconazol	4	16	2	8	2	8
Sin tratamiento	-	-	-	-	1	4

Nótese que 13 casos (52%) recibieron tratamiento con Sulfas y de éstos sólo 1 (4%) se considera curado. En 3 casos (12%) se usó Sulfas más Anfotericina B, curando 2 de ellos, es decir, 8%. En 8 casos se suministró Ketoconazol y de éstos curaron 4 (16%); 2 están en control y 2 abandonaron el tratamiento.