

Placas verrugosas progresivas en el rostro

L. Becker Micheletto^a, M. Ceolin Vione^b, and J. Peruzzo^a

^a Serviço de Dermatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil

^b Serviço de Patologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil

Autora para correspondencia:

Lana Becker Micheletto

Correo electrónico: lanamicheletto@gmail.com

Historia clínica

Un hombre previamente sano de 37 años, procedente del sur de Brasil, acudió con lesiones faciales ulceradas dolorosas que habían experimentado crecimiento progresivo durante aproximadamente 8 años. La afección comprometió inicialmente la mucosa oral y, tras diversos años, se extendió a la región ocular.

Había acudido a diversos centros sanitarios en busca de atención médica, y recibió terapia tópica. No se le habían hecho pruebas suplementarias, habiendo sido tratado repetidamente con cremas antifúngicas tópicas sin observar mejoría. Siendo un paciente humilde, no había buscado opiniones médicas adicionales. También reportó dificultad respiratoria.

Exploración física

Al ser explorado, presentó amplias placas eritematosas y costrosas, con infiltración en la zona de la barbilla, labio inferior y región periocular derecha, con presencia de sinequia palpebral y microstomia (Figura 1). Además, experimentó disnea durante la consulta (Figura 1).

Histopatología

(Figura 2)

Pruebas suplementarias

La placa torácica reveló la presencia de infiltrados reticulonodulares bilaterales y difusos. Las serologías, pruebas de función hepática, función renal y recuento sanguíneo completo fueron normales. El paciente no había sido evaluado aún por un neumólogo, dado que reportó mejora de la disnea. Hasta ahora, no se había realizado placa torácica.

En el examen oftalmológico, el paciente presentó adhesión corneal, cubriendo la piel la superficie del globo ocular. En espera de TC orbital.

¿Cuál es el diagnóstico?

Diagnóstico

Paracoccidioidomicosis.

Progresión y tratamiento

Se inició tratamiento con itraconazol, con respuesta excelente a los 3 meses (Figura 3).

Discusión

Paracoccidioidomicosis sigue siendo una enfermedad difícil de diagnosticar. La demora diagnóstica incrementa el riesgo de las complicaciones relacionadas con la enfermedad, pudiendo causar secuelas graves y permanentes. Se trata de una enfermedad endémica causada por hongos dimórficos del género *Paracoccidioides*, siendo una afección común en Brasil. La infección puede afectar a la piel, pulmones, membranas mucosas y tracto GI. También puede alcanzar formas sistémicas y fatales, lo cual hace que su reconocimiento y diagnóstico tempranos sean esenciales¹.

La infección es más común en trabajadores rurales varones. Puede ser atribuida a la exposición del paciente al suelo, hábitat natural del hongo². La vía primaria de entrada es la inhalación del patógeno, que da lugar a su establecimiento en los pulmones del huésped. Se categoriza en dos formas clínicas: una forma aguda, más común en niños, y una forma crónica, que afecta normalmente a adultos mayores de 30 años³.

Tras la exposición, muchos pacientes contienen la enfermedad, manteniéndola de forma latente, y previniendo así la propagación de la infección. Sin embargo, debido a la pérdida del equilibrio inmunológico, la infección puede progresar y dar lugar a una enfermedad avanzada: la forma crónica. Los pacientes en que la enfermedad sistémica progresa sin una fase latente presentan la forma clínica aguda. Más del 80% de los casos representan la forma crónica de la enfermedad, y muchos de ellos tienen compromiso pulmonar aislado, o compromiso simultáneo de otros sistemas³.

Paracoccidioidomicosis puede propagarse a nivel hematógeno o linfático, afectando a cualquier órgano, incluyendo la piel, los ganglios y el sistema nervioso central. Las regiones de cabeza y cuello son las más ampliamente afectadas, siendo más frecuentes las lesiones ulceradas⁴. Puede establecerse diagnóstico mediante visualización microscópica de los elementos fúngicos y/o cultivo de materiales clínicos tales fragmentos de biopsia cutánea o esputos. La microscopía directa con KOH proporciona el diagnóstico en muchos casos².

La cura espontánea de la enfermedad no se produce por lo general, requiriéndose a menudo tratamiento antifúngico sistémico. Entre las opciones, itraconazol es el tratamiento más ampliamente prescrito⁵. Además, aunque puede utilizarse trimetoprim-sulfametoxazol, en algunos casos se requiere terapia prolongada para prevenir recidivas⁶. La duración del tratamiento depende de la presentación clínica, pero normalmente es de 12 a 24 meses⁵. En

el caso reportado, el paciente siguió inicialmente cerca de 3 meses de tratamiento con itraconazol, mostrando mejora significativa evidenciada en cifras.

El reconocimiento de esta enfermedad es de vital importancia, debido a la posibilidad de diseminación sistémica de no iniciarse tratamiento. A pesar de ser endémica en nuestra región, siguen siendo comunes los casos de diagnóstico tardío con presencia de secuelas permanentes. Nuestro paciente hizo caso omiso a su afección y, debido a la dificultad de acceso a los hospitales de alta complejidad, empeoró radicalmente su condición. Por tanto, es necesario destacar la existencia de esta enfermedad, que sigue pasándose por alto en Brasil, para poder prevenir que sigan produciéndose casos graves.

Referencias

1 Hrycyk MF, Garcia Garces H, Bosco SMG, de Oliveira SL, Marques SA, Bagagli E. Ecology of *Paracoccidioides brasiliensis*, *P. lutzii* and related species: infection in armadillos, soil occurrence and mycological aspects. *Med Mycol.* 2018;56(8):950-962. <https://doi.org/10.1093/mmy/myx142>

2 Mendes RP, Cavalcante RS, Marques SA, et al. Paracoccidioidomycosis: Current Perspectives from Brazil. *Open Microbiol J.* 2017;11:224-282. Published 2017 Oct 31. <https://doi.org/10.2174/1874285801711010224>

3 da Cruz ER, Forno AD, Pacheco SA, et al. Intestinal Paracoccidioidomycosis: Case report and systematic review. *Braz J Infect Dis.* 2021;25(4):101605. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101605>

4 Marques SA, Cortez DB, Lastória JC, Camargo RMP, Marques MEA. Paracoccidioidomycosis: frequency, morphology and pathogenesis of tegumentary lesions. *An Bras Dermatol.* 2007;82:411–417. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132463>

5 Thompson GR 3rd, Rendon A, Ribeiro Dos Santos R, et al. Isavuconazole Treatment of Cryptococcosis and Dimorphic Mycoses. *Clin Infect Dis.* 2016;63(3):356-362. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw305>

6 Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, et al. Diretrizes brasileiras para o manejo clínico da paracoccidioidomicose. *Rev Soc Bras Med Trop* 2017; 50(5):715-40. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0230-2017>

Figura 1



(Figura 2).

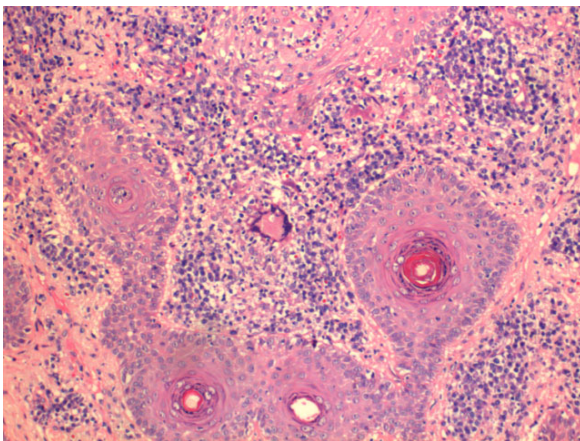


Figura 3

