

REPORTE DE CASO

Manifestación atípica de paracoccidiodomicosis cutánea en pediatría

Melisa Belén Carosio¹, Sofía Riccardi¹, Guadalupe Zanier², Patricia Fernández Pardal², Jorge Alejandro Laffargue¹ y Viviana Leiro².

RESUMEN

La paracoccidiodomicosis (PCM) es una micosis sistémica endémica, causada por las especies *P. brasiliensis* y *P. lutzii* del género *Paracoccidioides*, exclusiva de América Latina y de predominio en áreas de clima subtropical húmedo. La primoinfección puede ser asintomática o causar un cuadro respiratorio leve que puede autolimitarse o progresar a enfermedad, ya sea pulmonar o diseminada, con manifestaciones cutáneas polimorfas. El diagnóstico se realiza por examen directo, cultivo, histopatología y serología. El tratamiento de elección es el Itraconazol. Se comunica el caso de un paciente de sexo masculino, de 13 años de edad, con diagnóstico de PCM con afectación cutánea como única manifestación clínica.

Palabras clave: Paracoccidioides brasiliensis; paracoccidiodomicosis; enfermedad endémica; dermatología

¹ Dermatología Pediátrica, Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, CABA, Argentina.

² Dermatología, Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz, CABA, Argentina

Autora responsable para correspondencia:

Melisa Belén Carosio.
melibcarosio@gmail.com

Recibido: 2/10/24 **Aceptado:** 10/12/24

Introducción

La PCM o blastomicosis sudamericana es una micosis sistémica endémica producida por un hongo dimorfo del género *Paracoccidioides*, especies *P. brasiliensis* y *P. lutzii* (1).

En la Argentina, el área endémica comprende las provincias del noreste (Chaco, Corrientes, Misiones y Formosa), donde se registra el 85% de los casos, y las provincias del noroeste (Tucumán, Salta y Jujuy) (2). Es más frecuente en zonas rurales, pero se han informado casos en áreas urbanas y suburbanas, sobre todo en series infanto-juveniles (3). La enfermedad se presenta preferentemente en la población adulta, por lo que existen pocos reportes en la edad pediátrica (2), si bien en los últimos años se ha visto un aumento en la incidencia en este último grupo etario, particularmente en Chaco (3, 4).

La infección se adquiere principalmente por vía inhalatoria y suele ser asintomática. Si el huésped no contiene la infección, la enfermedad puede evolucionar hacia la forma aguda/subaguda o infantojuvenil, que se presenta más frecuentemente con afectación linfoganglionar generalizada, o hacia la forma crónica, que representa la reactivación de la infección primaria, siendo esta característica en la población adulta con compromiso mucocutáneo y pulmonar (2).

Descripción del caso

Presentamos un paciente de sexo masculino de 13 años de edad, oriundo del área urbana de la localidad de Campo Largo, provincia de Chaco, Argentina, que consultó por dermatosis en cara a nivel de región maxilar izquierda de un año de evolución.

Como antecedente personal de relevancia refería una internación a los 11 años por una micosis cuya tipificación no recordaba y por la cual había recibido tratamiento con itraconazol, que abandonó luego de dos semanas.

Al examen físico se evidenciaba asimetría facial a expensas de una tumoración de consistencia duro elástica, de 3,7 x 3,4 cm en región maxilar izquierda, cubierta por piel eritematosa de bordes netos pero irregulares, con presencia de comedones en su interior. Presentaba placas eritematosas de similares características en frente, dorso de nariz y mejillas, todas asintomáticas (Figura 1).

Figura 1. Tumoración duro elástica, eritematosa de bordes netos e irregulares en región maxilar izquierda. Placas eritematosas similares de menor tamaño en frente, dorso de nariz y mejillas



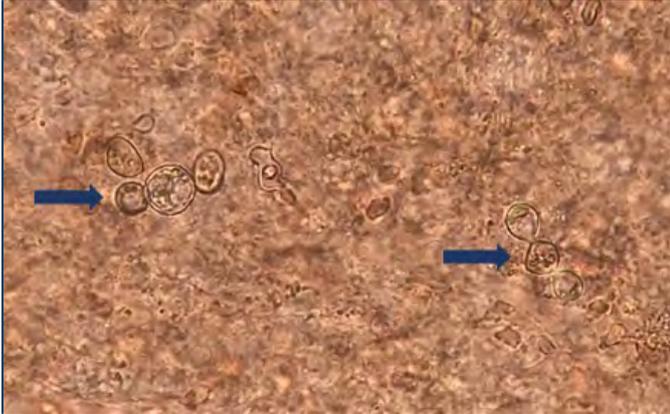
Se solicitaron estudios por imágenes, presentando en la ecografía de piel y partes blandas marcada alteración del espesor y la ecogenicidad del plano cutáneo, con tejido celular subcutáneo de aspecto inflamatorio inespecífico, con flujo de baja resistencia al *doppler* color. En la resonancia magnética nuclear (RMN) de macizo facial frente y perfil se reconocían numerosos engrosamientos focales del plano cutáneo superficial, asociando en grado variable signos de edema e imágenes ganglionares cervicales en rango no adenomegálico.

Planteando como diagnósticos diferenciales micosis profunda, lupus vulgar diseminado, lepra nodular infantil, sarcoidosis, histiocitosis tipo Rosai Dorfman, lupus miliar diseminado facial, micosis fungoide folicular y mucinosis folicular, se decide realizar biopsia cutánea para estudio anatómo-patológico y examen directo y cultivo para gérmenes comunes, hongos y micobacterias.

El estudio anatomopatológico evidenció epidermis con paraqueratosis focal y acantosis, y dermis con infiltrados linfocitarios perivasculares. Se realizó técnica de PAS, sin identificarse microorganismos.

Se recibió resultado negativo de cultivo para gérmenes comunes y micobacterias. En el examen directo del estudio micológico se visualizaron levaduras multigemantes (en rueda de timón de barco) compatibles con *Paracoccidioides* (Figura 2), por lo cual se realizó serología en sangre para detección de anticuerpos contra *P. brasiliensis*, obteniendo resultado positivo en la inmunodifusión cualitativa, con un título de 1/4 en la inmunodifusión cuantitativa.

Figura 2. Examen directo micológico en fresco con microscopio óptico 100x: levaduras multigemantes en rueda de timón de barco (flechas azules)



Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) de tórax sin contraste, donde se observaban imágenes ganglionares parcialmente calcificadas a nivel pre aórtico y ventana aortopulmonar. A nivel de los cortes obtenidos de hemiabdomen superior se identificaron múltiples calcificaciones de aspecto secuelear tanto hepatoesplénicos como a nivel de los ganglios del retroperitoneo superior.

En base a los resultados obtenidos, se arribó al diagnóstico de PCM crónica. Se inició tratamiento con itraconazol 200 mg/día. El paciente discontinuó seguimiento tras regresar a su ciudad de origen.

Discusión

La PCM es una micosis sistémica endémica, causada por un hongo dimorfo del género *Paracoccidioides*, especies *P. brasiliensis* y *P. lutzii*, exclusiva de América Latina y de predominio en áreas de clima subtropical húmedo (1, 4). Si bien la mayoría de los casos se dan en población que habita o trabaja en regiones rurales y de bajo nivel socioeconómico (5), en esta oportunidad se presentó el caso de un paciente proveniente de una zona endémica, pero que residía en un área urbana.

La información sobre la PCM en la Argentina no es actual ni real. Solo se conocen datos fragmentados, dado que no es una enfermedad de denuncia obligatoria, por lo que las características epidemiológicas conocidas hasta ahora se basan en estimaciones, respaldadas únicamente por algunas series de casos. Las pocas encuestas nacionales sobre micosis sistémicas la muestran como la micosis endémica más importante en nuestro país (3).

Esto refleja el interés de presentar un caso en un paciente pediátrico.

Clínicamente la PCM se puede clasificar en una forma aguda/subaguda o infantojuvenil o una forma crónica que representa la reactivación de la infección primaria, siendo esta característica en la población adulta (2).

En el caso presentado el paciente no tuvo síntomas sistémicos como fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, ni complicaciones graves, que representan la manifestación más frecuente de la forma infantojuvenil, ni tampoco compromiso mucoso ni afectación pulmonar como se puede observar habitualmente en la forma del adulto. Sin embargo, presentaba compromiso cutáneo, siendo este característico de las formas crónicas (3). La misma puede ser consecuencia de un tratamiento inefectivo instaurado a sus 11 años, ya que la mala adherencia al tratamiento provoca la supervivencia de levaduras inactivas en el organismo, que pueden proliferar tan pronto como el entorno se vuelva favorable (6).

El tracto respiratorio es la principal puerta de entrada de esta infección, aunque existen en la literatura escasos reportes en los que se consideró la piel como foco de inoculación directa (5, 7). El polimorfismo de las lesiones cutáneas, que van desde pápulas diseminadas, lesiones costrosas, otras lesiones granulomatosas, e incluso lesiones tipo escrófula (3), usualmente plantea serias dificultades en el diagnóstico de este tipo de micosis profunda. Hasta donde conocemos, las lesiones de aspecto tumoral, como en el caso planteado, no han sido descritas en la bibliografía. Se necesita un elevado índice de sospecha, ya que muchas pueden aparecer varios años después de que el paciente tuvo contacto con el hongo, por lo que siempre es importante consultar sobre sus visitas, viajes, residencias anteriores y trabajos que haya realizado en otras áreas o lugares (5).

El diagnóstico diferencial debe incluir otras enfermedades granulomatosas e infecciones endémicas como leishmaniasis mucocutánea, tuberculosis cutánea, granulomatosis de Wegener, linfomas, esporotricosis, sarcoidosis, sífilis, lepra, lobomycosis, histoplasmosis, actinomicosis y blastomicosis, entre otras (8, 9, 10).

El diagnóstico se basa en la identificación del agente causal en las muestras biológicas, donde se puede visualizar la imagen patognomónica de la levadura multigemante que remeda una rueda de timón de barco. La detección de

anticuerpos contra *P. brasiliensis* mediante inmunodifusión cuantitativa es un método confiable debido a su alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico y puede ser útil para controlar la respuesta al tratamiento (11).

Respecto al tratamiento, la droga de elección es el itraconazol 200-400 mg/día por 6 a 9 meses en las formas leves y 12 a 18 meses para las formas moderadas (1). Para las formas graves el tratamiento se realiza con anfotericina B liposomal 3-5 mg/kg/día. Algunos autores recomiendan como alternativa el uso de trimetoprima - sulfametoxazol por su fácil administración y buena tolerancia, sin embargo, no existen ensayos aleatorizados que evalúen su uso. Las recaídas se producen en menos del 5% de los pacientes tratados con itraconazol y, generalmente, se relacionan con presentaciones crónicas de la enfermedad y en aquellos pacientes que no recibieron el tratamiento completo (12, 13). Los esquemas antimicóticos utilizados, a pesar de su efectividad, generan baja adherencia por la larga duración total del tratamiento, lo cual permite el avance de la enfermedad (5). Es necesario explicar al paciente la importancia de completar el esquema terapéutico, a pesar de evidenciar mejoría clínica, para lograr la remisión de la infección.

El interés del caso recae en comunicar una forma de presentación atípica de una paracoccidioomicosis crónica en un paciente pediátrico, proveniente de un área urbana cuya única manifestación clínica fueron lesiones cutáneas de aspecto tumoral. La misma se trata de una patología endémica en nuestro país, que en los últimos años ha presentado un aumento de su incidencia, y sobre la cual hay que tener un alto índice de sospecha dados los múltiples diagnósticos diferenciales que deben considerarse por las manifestaciones clínicas comunes a otras dermatosis.

Bibliografía

1. Diez M., Montardit A. et al. Paracoccidioomicosis cutánea, comunicación de un caso. *Arch. Argent. Dermatol.* 2016; 66 (6) 178-181.
2. Taicz M., Rosanova MT. Paracoccidioomicosis en pediatría: descripción de 4 casos. *Revista Iberoamericana de Micología.* 2014; 31 (2) 141-144.
3. Giusiano G., Tracogna F. et Al. Clinical and demographic features of Paracoccidioomycosis in Argentina: a multicenter study analysis of 466 cases. *J. Fungi* 2023; 9 (4) 482.
4. Canteros C. Paracoccidioomicosis: crónica de una enfermedad olvidada. *Medicina.* Buenos Aires, 2018; 78: 180-184.
5. García Bustínduy M, Guimerá FJ, et al. Cutaneous primary paracoccidioomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2000; 14(2):113-7.
6. Tresoldi das Neves Romanelli M., Rocha Tardelli N. et al. Acute-subacute paracoccidioomycosis: A paediatric cohort of 141 patients, exploring clinical characteristics, laboratorial analysis and developing a non-survival predictor. *Mycoses.* 2019; 62:999–1005.
7. Pacheco FB, Venier NAB, et al. Isolated cutaneous lesions in paracoccidioomycosis: a suggestive case of acquisition through cutaneous inoculation. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2021 Mar 24;63:e22.
8. Carrasco-Zuber J.E., Navarrete-Dechent C. et al. Afección cutánea en las micosis profundas: una revisión de la literatura. Parte 2. Micosis sistémicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(10):816-822.
9. Botelho Miranda C´arcano C., D´Andretta Tanaka V., et al. Paracoccidioomycosis with sarcoid-like cutaneous lesion: a clinicopathological challenge. *ID Cases* 29. 2022. e01574.
10. Cordova L., Torres J. Paracoccidioomycosis. NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health. January 2023.
11. Shikanai-Yasuda M., Pôncio Mendes R. et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioomicosis. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2017; 50(5): 715-740.
12. Ballesteros A, Beltrán S, et al. Paracoccidioomicosis juvenil diseminada diagnosticada en una niña en área urbana. *Biomédica* 2014;34:21-8
13. Borges SR, Silva GM, et al. Itraconazole vs. trimethoprim-sulfamethoxazole: A comparative cohort study of 200 patients with paracoccidioomycosis. *Med Mycol.* 2014;52(3):303-10.

Atypical manifestation of cutaneous paracoccidioomicosis in pediatrics

Paracoccidioomicosis (PCM) is an endemic systemic mycosis, caused by the species *P. brasiliensis* and *P. lutzii* of the genus *Paracoccidioides*, exclusive to Latin America and predominant in areas with a humid subtropical climate. Primary infection may be asymptomatic or cause mild respiratory symptoms that may be self-limiting or progress to disease, whether pulmonary or disseminated, with polymorphic skin manifestations. Diagnosis is made by direct examination, culture, histopathology and serology. The treatment of choice is Itraconazole. We report the case of a 13-year-old male patient diagnosed with PCM with skin involvement as the only clinical manifestation.

Keywords: *Paracoccidioides brasiliensis*; Paracoccidioomicosis; Endemic disease; Dermatology



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>