

PARACOCCIDIOIDOMICOSIS CUTÁNEA

María B. de ALBORNOZ y Fernando FUENMAYOR

R E S U M E N

El *Paracoccidioides brasiliensis*, agente causal de la Paracoccidioidomicosis, penetra al organismo por vía inhalatoria, ocasionando lesiones pulmonares, a partir de este foco el hongo se disemina ocasionando frecuentemente lesiones muco-cutáneas; sin embargo, parece existir la posibilidad de la infección por la vía cutánea, la cual quedaría localizada al sitio del traumatismo, habiendo sobre el particular 4 publicaciones de Autores brasileiros. El caso que a continuación se presenta, parece confirmar una vez más esta posibilidad en base a: imposibilidad de demostrar la presencia del hongo en otra parte del organismo; reacción celular el estudio histopatológico y resultados de su estudio inmunológico. Se hace mención e otro caso de Paracoccidioidomicosis cutánea, con iguales características que el caso presentado.

Palabras claves (KEYWORDS)

Paracoccidioidomicosis

Lesiones cutáneas en Paracoccidioidomicosis

I N T R O D U C C I O N

Se acepta actualmente que la infección por hongos productores de micosis profundas se efectúa usualmente por vía inhalatoria; una vez en el pulmón estos agentes pueden quedar circunscritos a este órgano o generalizarse por vía hematogena o linfática a diversas partes del organismo.

Además de la vía inhalatoria como puerta de entrada existen algunas publicaciones sobre penetración de los hongos por vía cutánea a expensas de un traumatismo; usualmente en estos casos el agente causal queda circunscrito a una sola lesión, acompañada o no de adenopatía regional, sin embargo, estas formas clínicas no son totalmente aceptadas pues existe la posibilidad de que sean la manifestación de una diseminación a partir de un foco pulmonar⁵.

Hasta el presente han sido comunicados 4 casos de lesiones cutáneas por Autores brasile-

ros uno de ellos, ocasionado por una inoculación accidental en el laboratorio^{4,7}. El caso que a continuación se presenta sería el segundo en nuestra Sección ya que anteriormente había sido estudiado un paciente con una lesión cutáneo-mucosa a nivel del párpado inferior, sin otra manifestación clínica ni serológica que evidenciara otra localización¹ (Fig. 1).

ESTUDIO DEL CASO

Paciente de sexo masculino, 34 años, vive en la capital pero hace frecuentes viajes a las áreas rurales.

Entre los antecedentes de importancia refiere haber recibido un traumatismo en planta de pie derecho, donde posteriormente y de manera tórpida desarrolla una lesión ulcerosa, la cual tiene 2 años de evolución al momento del examen (Fig. 2). En el estudio histológico se

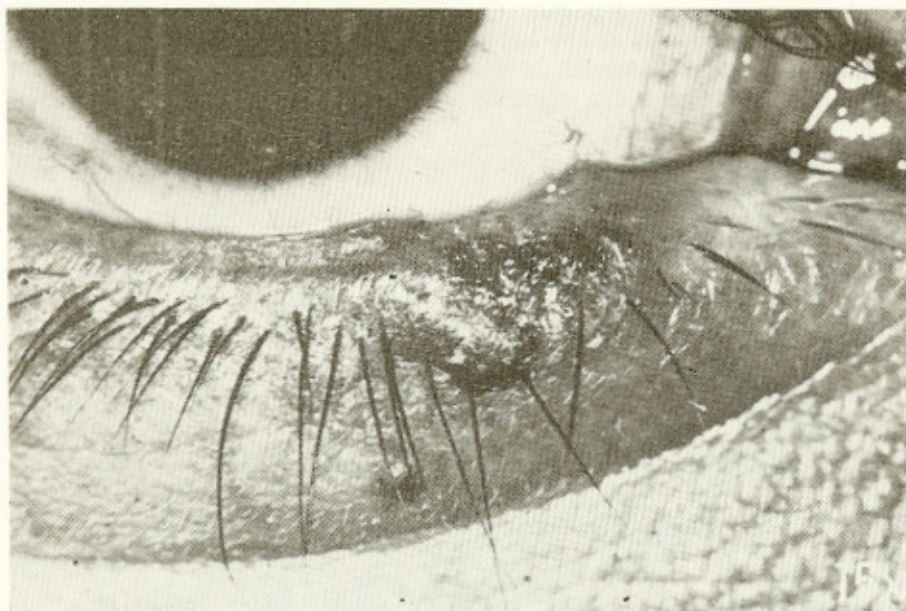


Fig. 1 — Primer caso de Paracoccidioidomicosis cutánea producido por un traumatismo

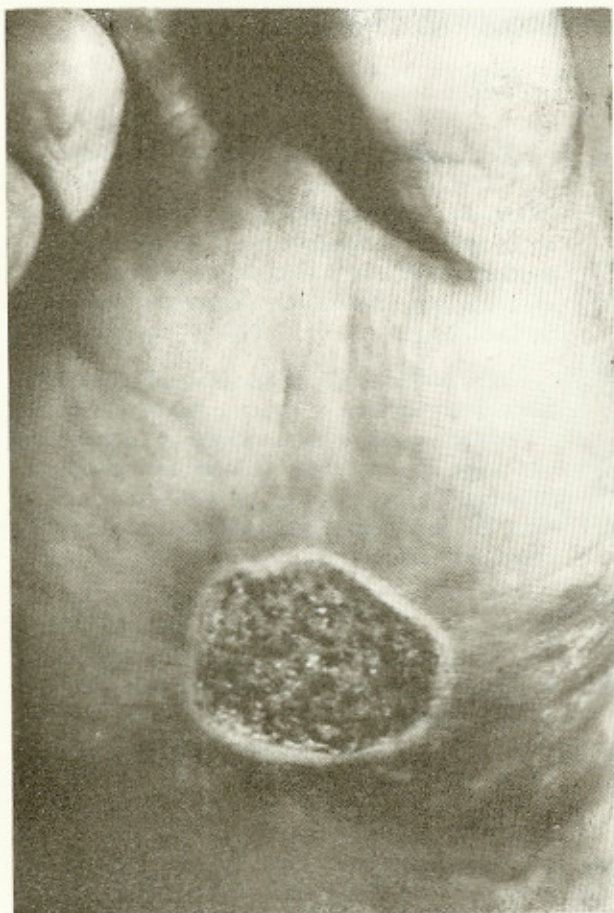


Fig. 2 — Segundo caso de Paracoccidioidomicosis cutánea, lesión ulcerosa en pie, posterior a traumatismo

observa: hiperqueratosis y paraqueratosis; en la dermis hay un infiltrado más denso hacia un extremo, compuesto de gran cantidad de linfocitos, histiocitos, células epiteliales y gigan-

tes, micro absesos, numerosas formas de *P. brasiliensis*, dentro y fuera de las células gigantes (Dr. G. Planas). (Fig. 3).

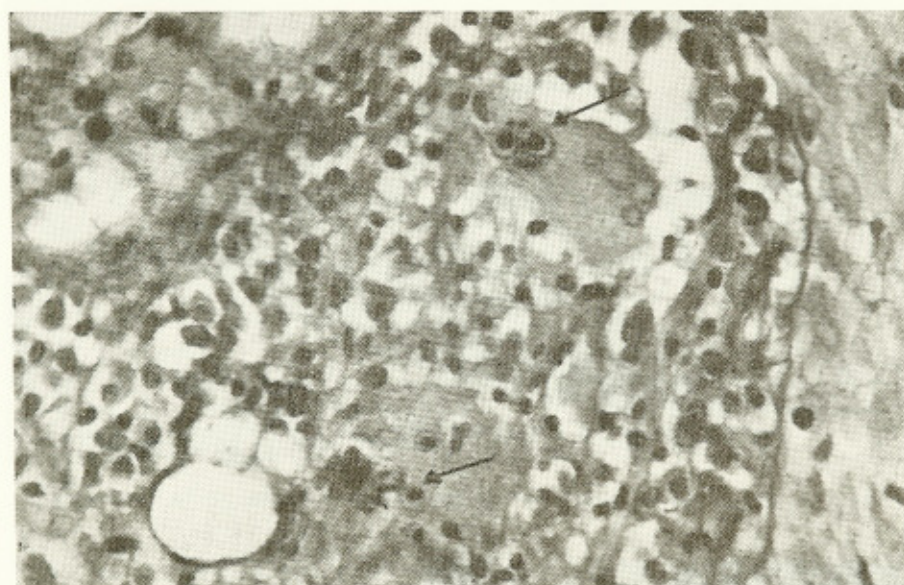


Fig. 3 — Histología de la lesión ulcerosa del pie. Obsérvese la presencia de formas típicas del *P. brasiliensis* y la reacción tuberculoïde de la lesión. P.A.S., 175 ×

El resto del examen clínico revela piezas dentarias con extensas caries y una hepatoesplenomegalia posiblemente de origen bilarziano.

Las radiografías pulmonar y ósea (pie derecho) fueron normales (Dras. M. V. Delgado y N. R. de Lairé).

Actividad macrofágica de los polimorfonucleares: normal (Dr. M. Goihman Yahr)⁸.

El estudio micológico confirma el diagnóstico histológico mediante la visualización del agente causal al examen directo y la obtención de la forma levaduriforme del hongo a 37°C.

El estudio micológico de los granulomas dentarios fue negativo.

Estudio inmunológico, pruebas intradérmicas:

Paracoccidioidina (FAVA NETTO)⁶: 20 mm de infiltrado a las 24 horas, 30 mm a las 48 horas.

Histoplasmina¹⁵, 15 mm infiltrado a las 48 horas.

Serología: las pruebas de inmunoprecipitación (Inmunodifusión e Inmunolectroforésis) efectuadas con dos antígenos hechos a partir de la forma filamentosa del *P. brasiliensis*^{3,13} y procesadas con el suero sin concentrar y concentrado por tres fueron negativas; la Fijación de Complemento (Dr. L. Pollak) fue negativa.

El paciente recibe tratamiento a base de sulfametoxipiridazina 1 gramo diario el primer mes; como dosis de mantenimiento se prescribe 500 mgrs diarios. A los 15 días de tratamiento la lesión ha mejorado en un 50%, al mes la lesión ha cicatrizado; el paciente no regresa a controles posteriores.

COMENTARIOS

En la casuística venezolana las localizaciones muco-cutáneas aparecen en más del 69% de los pacientes de Paracoccidioidomicosis, siendo estas originadas por una diseminación de la localización primaria extra-cutánea frecuentemente de origen pulmonar pues concomitantemente con sus lesiones cutáneo-mucosas de corta evolución, tienen lesiones pulmonares extensas las cuales cursan en la mayoría de los

casos sin sintomatología respiratoria^{2,14}. En los niños y adolescentes parece haber un ataque ganglionar y cutáneo sin aparente invasión pulmonar^{9,10}.

Es justamente por la frecuencia con que aparecen las lesiones cutáneo-mucosas en esta micosis, por lo que hay que agotar todos los exámenes para evitar confundir la lesión producida por una inoculación cutánea de aquellas originada por la diseminación del hongo a partir de un foco extra-cutáneo.

Según WILSON & col.¹⁷ para que una lesión cutánea se acepte como ocasionada por una inoculación directa en piel debería tener las siguientes características: traumatismo previo a nivel de una lesión ulcerativa e indurada, que aparece de una a tres semanas posterior a éste, adenopatía regional y ausencia de infección respiratoria.

Conjuntamente con estos parámetros debería tenerse en cuenta los resultados de los estudios inmunológicos, siendo muy importante la presencia o ausencia de anticuerpos humorales; desde el año 1976 hemos estudiado 60 sueros procedentes de casos de Paracoccidioidomicosis habiéndose visualizado siempre líneas de precipitación consideradas específicas en la Inmunodifusión y en la Inmunoelectroforésis¹⁶ tanto en los casos diseminados (localización en pulmón, mucosas, piel) como en aquellos que solo presentaban lesiones pulmonares muy localizadas.

Estos resultados parecerían estar en contradicción con trabajos anteriores^{2,11,12} según los cuales existe la posibilidad de que casos de Paracoccidioidomicosis diseminada cursen sin anticuerpos humorales, sin embargo, esto podría ser explicado, por la diferencia en el procesamiento de las técnicas de inmunoprecipitación ya que en ocasiones, solo visualizamos líneas de precipitación después de colorear las láminas con Amidoschwarz, paso que hacemos de rutina en el procesamiento de estas técnicas.

Otros parámetros importantes de considerar en el estudio de estos casos son la formación de un granuloma tipo tuberculoide a nivel de la lesión, la prueba intradérmica a la Paracoccidioidina fuertemente positiva, la edad y el buen estado general del paciente y la ausencia de otra manifestación clínica atribuible al *P. brasiliensis*.

SUMMARY

Cutaneous paracoccidioidomycosis

P. brasiliensis, causing agent of Paracoccidioidomycosis, penetrates the body through the respiratory system producing pulmonary lesions. From this focus the fungus becomes disseminated, frequently producing muco-cutaneous lesions. Nevertheless, there seems to be a possibility of infection through the skin, which would be localized in the area of traumatism; there are 4 papers by Brazilian Authors on this aspect.

The case we are presenting seems to confirm again this possibility, based on: impossibility of demonstrating the fungus in other areas of the body; cellular reaction in the histopathological study and results of the immunological study.

Mention is made of another case of cutaneous Paracoccidioidomycosis, with similar characteristics to the one being presented.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBORNOZ, M. B. de — Pan American Symposium on Paracoccidioidomycosis. I. Medellín 1971. Proceedings Washington, FAHO, Scient. Publ. N.º 254, 142-143, 1972.
2. ALBORNOZ, M. B. de & CABRAL, N. A. de — Paracoccidioidomycosis: estudio clínico e inmunológico en 40 pacientes. Arch. Hosp. Vargas 18: 5-22, 1976.
3. BIGUET, J.; FRUIT, J.; ANDRIEU, S. & TRAN VAN KY, P. — Structure antigenique et systematique des especes du genre *Aspergillus*. Bull. Soc. Mycologique France **IXXXV**: 273-284, 1969.
4. CASTRO, R. M.; CUCE, L. C. & FAVA NETTO, C. — Paracoccidioidomycosis inoculação acidental "in anima nobile". Relato de um caso. Med. Cut. Ib. Lat. Amer. 4: 282-289, 1975.
5. EMMONS, C. W.; BINFORD, C.; UTZ, J. P. & KWON CHUNG, K. J. — Medical Mycology. Philadelphia, Lea and Febiger, 1977.
6. FAVA NETTO, C. & RAPHAEL, A. — A reação intradérmica com polissacaríde de *Paracoccidioides brasiliensis*, na blastomicose sul americana. Rev. Inst. Med. trop. São Paulo 3: 161-165, 1961.
7. GUIMARAES PROENÇA, N.; MARTINS CASTRO, R. & FORIN ALONSO, F. — Curso de Paracoccidioidomycosis de possível inoculação cutánea. Rev. Ass. Med. Brasil. 27: 170-172, 1981.
8. GOIHMAN YAHR, M.; ESSENFELD YAHR, E.; ALBORNOZ, M. C.; YARZABAL, L.; GOMEZ, M. H.; SAN MARTIN, B.; OCANTO, A. & CONVIT, J. —

- Defect on *in vitro* digestive ability of polymorphonuclear leukocytes in Paracoccidioidomycosis. *Infect. Immun.* 28: 557-566, 1980.
9. MARTINS CASTRO, R. & SZYNKIER, V. P. — Parakozidioidomykose bei kindern. Bericht Uber zwei patienten. *Der Hautarzt* 32: 420-422, 1981.
 10. POTENZA, L.; LARES CAMPOS, C. & FEO, M. — Paracoccidioidosis infantil en Venezuela. Aspecto del parásito a la luz polarizada. *Arch. Ven. Puer. Ped.* 16: 7-22, 1953.
 11. RESTREPO, A. — La prueba de la inmunodifusión en el diagnóstico de la Paracoccidioidomycosis. *Sabouraudia* 4: 223-230, 1966.
 12. RESTREPO, A. & MONCADA, L. H. — Serologic procedures in the diagnosis of Paracoccidioidomycosis. *Proc. Intern. Symp. Mycosis Scient. Pub. PAHO*, No 205, 1970.
 13. RESTREPO, A. — Serological comparasion of the two morphological phases of *Paracoccidioides brasiliensis*. *Infect. Immun.* 2: 268-273, 1970.
 14. RODRIGUEZ, C.; RINCON, N. L. & TROCONIS GARCIA, G. — Contribución al estudio de la paracoccidioidomycosis brasiliensis en Venezuela. Consideraciones sobre 62 casos estudiados con especial referencia a las localizaciones respiratorias. *Mycopathologia (Den Haag)* 15: 115-138, 1961.
 15. SPROUSE, R. F.; GOODMAN, N. L. & LARSH, H. W. — Fractionation, isolation and chemical characterization of skin test active components of Histoplasmin. *Sabouraudia* 7: 1-11, 1969.
 16. YARZABAL, L. A. — Anticuerpos precipitantes específicos de la Blastomycosis sudamericana, resultados por la inmunoelectroforésis. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 13: 320-327, 1971.
 17. WILSON, J. W.; SMITH, C. E. & PLUNKETT, O. A. — Primary cutaneous coccidioidomycosis: the criteria for diagnosis. *Calif. Med.* 79: 233-239, 1953.

Recebido para publicação em 29/4/1982.