

Compromiso oftalmológico en paracoccidioidomicosis

Paola Zunino, Agustina Arregui, Mariana Fuentes, Edith Despouy, Eudoro Villagran, Ana Barciulli

Resumen

Objetivos: Describir un caso clínico de un paciente con lesiones oculares por paracoccidioidomicosis; sus métodos diagnósticos y diagnósticos diferenciales.

Caso clínico: Paciente sexo masculino, 44 años, paraguayo, consultó por dolor en OD. Al examen presentaba pterigión nasal inflamado y un tejido de granulación indurado en conjuntiva bulbar y tarsal superior. Se realizó toma de biopsia cuyo resultado anatomopatológico fue proceso inflamatorio crónico con granuloma inflamatorio y células gigantes. Más tarde, el enfermo presentó lesiones en paladar y odinofagia sugiriendo patologías infecciosas sistémicas. Se decidió la internación del paciente para su estudio, obteniéndose serología y prueba cutánea positiva para paracoccidioidomicosis. Los estudios anatomopatológico y micológico resultaron compatibles con paracoccidioidomicosis.

Conclusiones: Si bien el compromiso ocular por paracoccidioidomicosis es rara, no se debe olvidar este diagnóstico diferencial en pacientes procedentes de zonas endémicas.

Palabras clave: paracoccidioidomicosis, tejido de granulación, blastomicosis sudamericana.

Ocular involvement in paracoccidioidomycosis

Abstract

Purpose: To describe a patient with ocular involvement due to paracoccidioidomycosis, its diagnostic methods and differential diagnosis.

Case report: A 44-year-old man from Paraguay, presented with pain, inflamed nasal pterigium in the right eye and indurated granulomatous tissue in the bulbar and superior tarsal conjunctiva. An eyelid biopsy sample revealed a chronic inflammatory process with a granulomatous inflammation, including giant cells. Two weeks later, the patient developed oropharyngeal lesions and was admitted to the hospital for further serologic and microbiological studies. Histopathologic examination of a tissue sample revealed the presence of organisms consistent with *Paracoccidioides brasiliensis*.

Conclusions: Although ocular infection with paracoccidioidomycosis is rare, this etiology should be considered when investigating patients from endemic areas.

Key words: paracoccidioidomycosis, granulomatous tissue, South American blastomycosis

Oftalmol Clin Exp (ISSN 1851-2658) 2010; 4(2): 72-74

Paracoccidioidomicosis, también llamada blastomicosis sudamericana, es una enfermedad sistémica causada por un hongo dimórfico llamado *Paracoccidioides brasiliensis*. Fue descrito por primera vez por Lutz en 1908 en Brasil. Se encuentra en suelos de cultivo y cría de ganado. Crece en regiones húmedas y de temperaturas elevadas.

El órgano afectado con mayor frecuencia en el adulto es el pulmón en un 90% de los casos, seguido del compromiso mucocutáneo y menos frecuente de las glándulas suprarrenales y del sistema nervioso central¹⁻². El compromiso ocular es raro y, cuando se presenta, está generalmente asociado a una forma sistémica de la enfermedad³⁻⁶. Se realizó el estudio clínico-patológico de un caso de paracoccidioidomicosis que comprometió a los párpados y a la conjuntiva.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 44 años, albañil, procedente de Paraguay, que acudió a la consulta en octubre del 2007 por un dolor intenso tipo punzante en el ojo derecho. Al examen oftalmológico presentaba una agudeza visual de 20/20, motilidad ocular conservada y presión intraocular 12 mmHg en ambos ojos. Al examen biomicroscópico presentaba un pterigión nasal y un tejido de granulación indurado en conjuntiva bulbar y tarsal superior del ojo derecho. Ojo izquierdo era normal. Se realizó biopsia cuyo resultado anatomopatológico informó: proceso inflamatorio crónico con granuloma inflamatorio y células gigantes de tipo cuerpo extraño.

Luego de dos semanas, sin mejoría sintomática ni respuesta al tratamiento antibiótico,

Recibido:
30/08/2010
Aceptado:
10/09/2010

Autor responsable:
Dra. Paola Zunino
Hospital General de Agudos J.
M. Ramos Mejía
Agrelo 3547 3° 10.
pazunino@hotmail.com



Figura 1. Aspecto clínico: edema inflamatorio bpalpebral acompañado de secreción mucopurulenta.

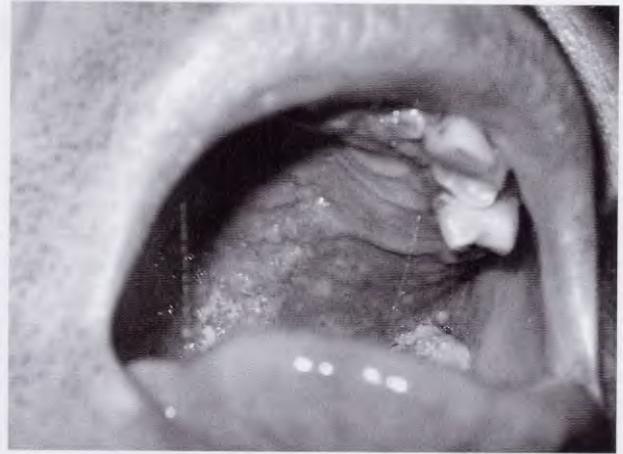


Figura 3. Aspecto clínico de paladar blando: lesión eritematosa, de superficie rugosa y fondo granulomatoso.



Figura 2. Aspecto clínico: lesión ulcerada granulomatosa con fondo puntiforme hemorrágico.

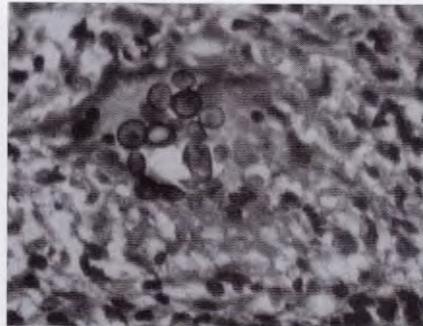


Figura 4. Anatomía patológica de *Paracoccidioides brasiliensis* con el aspecto típico de una "rueda de timón".



Figura 5. Evolución del paciente luego de 4 meses de tratamiento.

evolució con edema inflamatorio bpalpebral de consistencia firme, acompañado de secreción mucopurulenta e inyección conjuntival (fig. 1). La lesión era ulcerada, granulomatosa, con fondo puntiforme hemorrágico (fig. 2). Se realizó cultivo de secreciones que resultó positivo para *stafilococo coagulasa*- negativo, y negativo para *chlamydia*. Más tarde desarrolló odinofagia. Al examen mostraba una lesión eritematosa en paladar blando, de superficie rugosa y fondo granulomatoso (fig. 3).

Se le realizó serología que resultó positiva para paracoccidioidomicosis por inmunodifusión. El estudio anatómopatológico de conjuntiva y paladar evidenció hiperplasia pseudo-epiteliomatosa, microabscesos intraepiteliales y granulomas con células gigantes asociado a polimorfonucleares, plasmocitos y eosinófilos. La coloración de Grocott evidenció *Paracoccidioides brasiliensis*, con el aspecto típico de una "rueda de timón", una levadura grande, multigemente, con vacuola central clara y núcleo desplazado hacia la izquierda (fig. 4).

Con el diagnóstico de paracoccidioides pálpbro-conjuntival, el paciente fue investigado de forma sistémica para la detección de otros posibles focos de infección. El examen físico general resultó ser normal, a excepción de una hiporreflexia generalizada, hipoventilación en campo pulmonar derecho y onicomicosis en miembros inferiores. Los análisis de laboratorio resultaron normales. La radiografía de tórax mostró un patrón enfisematoso, sin infiltrados patológicos. La espirometría, un patrón restrictivo leve. Se le realizó TAC de órbita, cortes axiales, que mostró estructuras óseas conservadas, aumento de partes blandas a nivel palpebral derecho, musculatura intrínseca y nervios ópticos de características conservadas.

El paciente inició el tratamiento con itraconazol 100 mg/día, vía oral. Luego de dos semanas, el paciente refirió una disminución importante del dolor y luego de 4 meses se presentó a la consulta con una gran mejoría sintomática (fig. 5), evolucionando favorablemente al tratamiento.

Discusión

La paracoccidioidomycosis se encuentra en focos endémicos en países latinoamericanos, desde México hasta Argentina, con la mayoría de los casos en Brasil, Venezuela y Colombia. En Argentina se encuentra en Chaco, Formosa, Corrientes, Misiones, norte de Santa Fe y Entre Ríos.

La enfermedad se contagia por vía inhalatoria o vía transcutánea en pacientes susceptibles. Presenta una incubación larga, desde 2 meses hasta 40 años y se disemina por vía hemática y linfática. Afecta más frecuentemente al sexo masculino en una relación 9-15/1 desde los 30 a los 50 años.

Los factores de riesgo incluyen a las actividades relacionadas con el manejo de suelos contaminados, enolismo, tabaquismo, desnutrición y neoplasias hematológicas y pulmómicas.

La paracoccidioidomycosis puede presentarse como infección o como enfermedad. Dentro de esta última, se encuentra la forma aguda que afecta a niños y adolescentes, sin diferencia entre sexos y que puede manifestarse con linfadenopatías, hepatoesplenomegalia, afectación osteoarticular y lesiones cutáneas. La forma crónica (90%) afecta con más frecuencia al sexo masculino, entre los 20 y 50 años. Además del pulmón puede afectar glándulas suprarrenales, sistema nervioso central, piel y mucosas. La forma secuelear de la enfermedad consiste en un proceso inflamatorio crónico que lleva a la fibrosis.

El compromiso ocular por paracoccidioidomycosis fue descrito por primera vez por Terra en 1923. La enfermedad puede afectar distintos sectores del globo ocular, comprometiendo más frecuentemente al párpado y a la conjuntiva; también puede afectar a la córnea, retina y esclera.

La lesión palpebral se inicia como una pápula ulcerada en el centro, con una base granulomatosa con puntos hemorrágicos finos y elevados, de bordes endurecidos. Este aspecto, asociado a la baja frecuencia de infección micótica, puede conducir al diagnóstico equivocado de lesión neoplásica palpebral, siendo el carcinoma basocelular el principal diagnóstico diferencial. Otros diagnósticos diferenciales incluyen tuberculosis, leishmaniasis, histoplasmosis, tracoma, esporotricosis. La hipótesis de compromiso ocular sugiere una diseminación hematogena del hongo y, más raramente, la inoculación directa en el ojo cuando es precedida por un trauma local.

El diagnóstico definitivo se hace por serología y, sobre todo, por el estudio anatómo-patológico de la lesión. El

hongo es sensible a la mayoría de los antifúngicos. Las drogas generalmente utilizadas son el itraconazol en las formas leves a moderadas (200 mg/día); Sulfametoxazol/trimetoprima que es una alternativa EV en pacientes hospitalizados; anfotericina B reservada para las formas graves por mayor toxicidad, y voriconazol en casos de neuroparacoccidioidomycosis. A pesar de la eficacia del tratamiento, la enfermedad tiene un curso crónico recidivante y el proceso de cura puede estar asociado a algún grado de cicatrización fibrosante del tejido comprometido.

Conclusión

Si bien es rara la infección ocular por paracoccidioidomycosis, debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de lesiones ulceradas de párpado en pacientes provenientes de Centro y Sudamérica; sobre todo en hombres mayores de 30 años que hayan tenido un contacto frecuente con tierra y suelos de cultivo. El diagnóstico precoz, con efectivos tratamientos, mejora el pronóstico y evita secuelas en los pacientes con paracoccidioidomycosis.

Referencias

1. Thomas PA. Current perspectives on ophthalmic mycoses. *Clin Microbiol Rev* 2003; 16: 730-97.
2. Shikanai-Yasuda MA, Telles FQ, Mendes RP, et al. Consenso em paracoccidioidomycose. *Rev Soc Bras Med Trop* 2006; 39: 297-310.
3. Vanetti Burnier S, Sant'Anna AE. Palpebral paracoccidioidomycosis. *Mycopathologia* 1997; 140: 29-33.
4. Gervini RL, Vettorato G, Lecompte SM, Biasi TB, Ruthner FG, Kronbauer FL. Ocular paracoccidioidomycosis: report of two cases and review of literature. *An. Bras. Dermatol* 2004; 79:69-78.
5. Ferraz E, Cella W, Rocha E, Caldato R. Paracoccidioidomycose primária de pálpebra e conjuntiva. *Arq Bras Oftalmol* 2001; 64: 259-61.
6. Cruz AA, Zenha F, Silca JT Jr, Martinez R. Eyelid involvement in paracoccidioidomycosis. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2004; 20: 212-6.