

MANIFESTACIONES ORALES DE PARACOCCIDIOIDOMICOSIS. INFORME DE CASO

MOLINA AVILA, IGNACIO JAVIER*; PIMENTEL SOLA, JUAN MARTÍN*; VALDEZ, RUTH**;
CHACÓN, YONE**; GONZÁLEZ, LILIANA***; FERNÁNDEZ, LEONOR***

*Unidad de Estomatología, Hospital Señor del Milagro. Salta. Argentina.

**Laboratorio de Micología, Hospital Señor del Milagro. Salta. Argentina.

***Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Señor del Milagro. Salta. Argentina.

RESUMEN:

Objetivo: un caso clínico de paracoccidioidomycosis restringida a cavidad oral, contribuyendo con el conocimiento de esta patología al odontólogo general.

Caso clínico: paciente masculino de 57 años de edad proveniente de la ciudad de Tartagal, Salta, derivado a la Unidad de Estomatología del Hospital Señor del Milagro, por presentar lesiones orales de tres meses de evolución. Clínicamente se observaron lesiones granulomatosas, indoloras, moriformes, en encía vestibular y palatina del sector antero superior derecho con ausencia de lesiones pulmonares. Se realizaron estudios microbiológicos y anatomopatológicos. Posteriormente el paciente fue derivado al Servicio de infectología donde recibió tratamiento con itraconazol (200 mg), con respuesta clínica favorable.

Conclusión: el conocimiento de las manifestaciones orales puede llevar al diagnóstico clínico de la paracoccidioidomycosis por parte del odontólogo. El diagnóstico precoz es la mejor manera de salvar al paciente de las complicaciones de esta enfermedad.

Palabras clave: paracoccidioidomycosis oral, estomatitis moriforme, blastomycosis sudamericana.

ABSTRACT

Objective: a clinical case of paracoccidioidomycosis restricted to oral cavity, contributing to the knowledge of this disease to the general dentist.

Case report: male patient of 57 years old from Tartagal, Salta referred to the Stomatology Center of Hospital Señor Del Milagro, presenting oral lesions with an evolution of three months. He had painless granulomatous lesions in the buccal and palatal gingiva of the upper right sector and without lungs injury. It performed microbiological and pathological studies. Subsequently, the patient referred to the Service of Infectious Diseases where he was treated with 200mg Itraconazole with a favorable clinical response.

Conclusion: knowledge of oral manifestations can lead to clinical diagnosis of paracoccidioidomycosis by general dentist. Early diagnosis is the best way to save the patient from complications of this disease.

Keywords: oral paracoccidioidomycosis, stomatitis, south american blastomycosis.

INTRODUCCIÓN

La paracoccidioidomycosis (PCM) es una enfermedad sistémica, granulomatosa, de evolución crónica producida por un hongo dimorfo denominado paracoccidioides sp. que, con el advenimiento de la biología molecular, se pueden identificar diferentes especies, entre ellas: *p. brasiliensis*, *p. lutzi* (1). Esta infección fúngica se encuentra en focos endémicos en la zona que se extiende desde México hasta Argentina con la

mayoría de los casos en Brasil, Venezuela y Colombia (2). En nuestro país existen dos áreas endémicas una en el nordeste del país (Santa Fe, Chaco, Formosa, Entre Ríos, Corrientes y Misiones) y otra en el noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán) (3).

La PCM se caracteriza porque, al igual que otras micosis profundas como la histoplasmosis y la coccidioi-

domicosis, presenta afección pulmonar primaria y se disemina desde el foco inicial para afectar otros órganos, siendo su diseminación por vía hematogena. El contagio se lleva a cabo por aspiración de tierra contaminada o por vía transcutánea en los individuos particularmente susceptibles (4).

Se presenta con mayor frecuencia en hombres, en una proporción variable aproximada 10:1. Se observa principalmente en la edad adulta y en pacientes que habitan en el medio rural, en contacto directo con la tierra (5). Sin embargo con las migraciones poblacionales a la ciudad, la tala forestal alemana a las zonas urbanas y otros cambios ecológicos y climáticos, se empezó a observar con mayor frecuencia en otras zonas (1).

La presentación clínica de esta entidad es variable. Se reconoce la existencia de infección sin manifestación clínica o la presencia de formas limitadas a un solo órgano unifocal, con afección pulmonar únicamente en el 25% de los casos. También se puede manifestar como cutáneo mucosa con presencia de pápulas o vesículas indoloras, que posteriormente se ulceran (6), o como complejo bipolar con lesiones pulmonares, adenopatía regional y lesiones bucales. Por último, se puede presentar en una la forma diseminada en la cual se ven afectados los órganos citados anteriormente y otros como: glándulas suprarrenales, hígado, médula ósea, articulaciones (7, 8).

Las características clínicas dependerán de los órganos afectados: fiebre, tos, disnea, adenopatías, pérdida de peso, disfonía, y úlceras en la mucosa orofaríngea. Las manifestaciones bucales se presentan como lesiones ulcerosas, granulomatosas, de aspecto vegetante, con un puntillado eritematoso (estomatitis moriforme), dolorosas. Pueden estar acompañadas de movilidad dentaria y ocasional macroquelia (labio de tapir / labio trombiforme) (9). Estudios refieren que en un número considerable de pacientes sudamericanos el primer signo de la enfermedad fueron las lesiones en boca. Describen su localización en orden de frecuencia, de la manera siguiente: en encía y mucosa alveolar, 64%; paladar y labios, 42%; orofaríngea, 21%; y lengua, 0,7%; agregan que al menos el 85% de los pacientes con PCM presentan manifestaciones bucales (1, 10).

El diagnóstico se basa en el hallazgo del hongo en los tejidos ya sea por examen directo, cultivo, estudios histopatológicos o por técnicas serológicas. Está demostrado que el examen directo es positivo en un 87,5% de los casos, el cultivo presenta crecimiento del

hongo en el 62,96 % de los casos, en cuanto a los estudios serológicos en el 88,46% su resultado es positivo y, sobre el estudio histopatológico, se evidencian hallazgos confirmatorios de diagnóstico de paracoccidiodomicosis en el 96,92% de los casos (1).

En cuanto a las características radiográficas es posible observar en la RX de tórax imágenes radiopacas múltiples, de localización generalizada a diferencia de las RX panorámicas que no se observa ninguna imagen que sea contribuyente para el diagnóstico de certeza de esta micosis (11).

El tratamiento de elección es el itraconazol. Aunque se pueden utilizar otras alternativas como la anfotericina B y las sulfonamidas con altas tasas de éxito. En cualquiera de los casos, el tratamiento se da por tiempo prolongado. Para considerar una respuesta favorable al tratamiento se debe repetir evaluaciones periódicas, que deben incluir ciertos criterios como son el clínico (desaparición de la sintomatología en los primeros meses), criterio micológico (ausencia del hongo en los especímenes que eran inicialmente positivos), criterio radiológico (estabilización de las imágenes en radiografías tomadas en un intervalo de tres meses consecutivos) y criterio inmunológico (tres a cuatro meses consecutivos de pruebas negativas de inmunodifusión y fijación de complemento previamente positivas) (12).

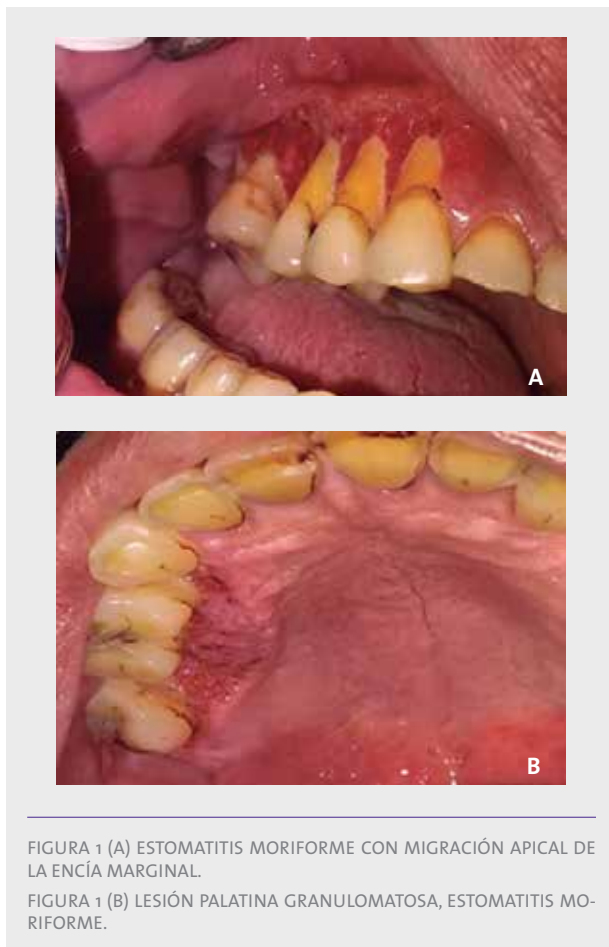
CASO CLÍNICO

Se presenta a la consulta un paciente masculino de 57 años de edad, jornalero, proveniente de la ciudad de Tartagal, Salta. Fue derivado a la Unidad de Estomatología del Hospital Señor del Milagro de Salta capital, referido de un centro odontológico por presentar lesión ulcerosa a nivel de encía vestibular y palatina postero-superior derecha, con un diagnóstico presuntivo de carcinoma epidermoide y tres meses de evolución.

Entre los antecedentes personales el paciente no refiere padecer ninguna patología de base, presentando como factores de riesgo: hábito de tabaquismo, consumo alcohólico acentuado, trabajador rural y como dato epidemiológico proveniente de zona endémica de enfermedades subtropicales.

A la inspección clínica intraoral se observa una lesión ulcerada granulomatosa de aspecto moriforme, superficie irregular, coloración rojiza, indolora a la palpación que abarca parte de la mucosa alveolar, tanto

vestibular como palatina de la región postero-superior derecha. Ello evidencia una migración apical de la encía marginal del canino y primer premolar, segundo premolar y primer molar superior derecho, sin movilidad dentaria (figuras 1 A-B). Sin adenopatías. Se plantea un diagnóstico presuntivo de paracoccidioidomicosis.



Se realiza toma de muestra para fresco y tinción de Giemsa, biopsia incisional para el estudio histopatológico con coloración de PAS y se sugiere inmunodifusión, RX de tórax y RX panorámica.

Al examen directo con hidróxido de Potasio (KOH) al 40% se visualizan levaduras esféricas de doble pared, con inclusiones lipídicas, algunas con blastosporas (figura 2 A). En la coloración de Giemsa se evidencian levaduras brotadas con disposición de orejas de ratón Mickey, característica del paracoccidioides sp. (figura 2 B). Se realiza cultivos en Sabouraud glucosado, Agar Papa dextrosa y BHI Agar, a 25, 37°C.

Con la prueba de inmunodifusión en Agar gel, se obtienen bandas de total compatibilidad frente a antígenos de paracoccidioides sp con título de 1/2 (figura 2 C).



En el estudio anatomopatológico se puede observar una reacción crónica granulomatosa específica con células inflamatorias linfoplasmocitarias y células gigantes multinucleadas tipo Touton y de Langhans y una hiperplasia pseudoepiteliomatosa con ulceración y microabsesos. También se observó presencia de elementos micóticos tipo paracoccidioides sp., redondeado de gruesa pared y escasos brotes. La tinción de PAS resulto positivo (figura 2 D).

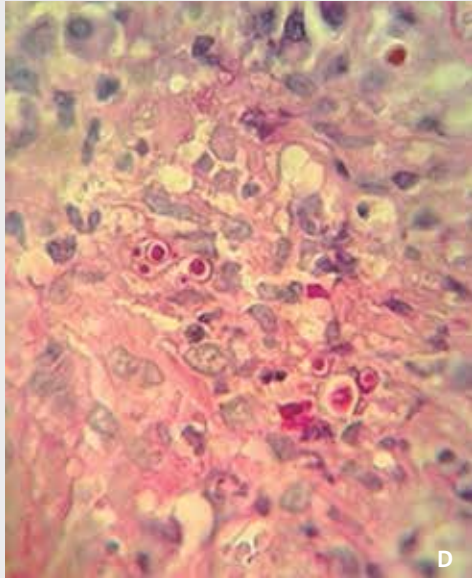
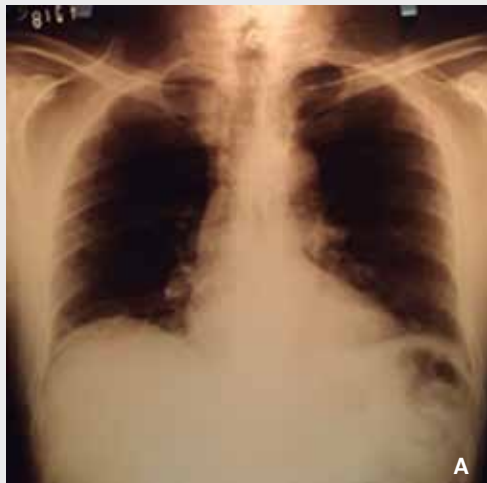


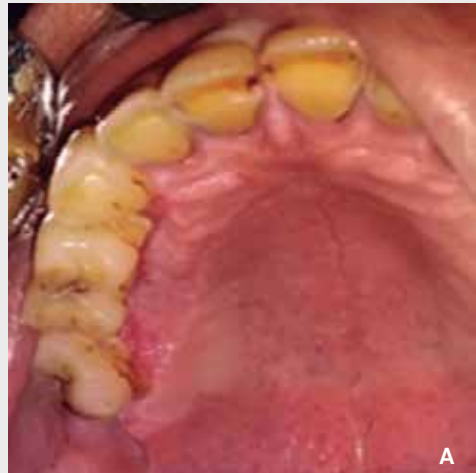
FIGURA 2 D: HISTOPATOLOGÍA PAS POSITIVO CON PRESENCIA DE ELEMENTOS MICÓTICOS

En la radiografía de tórax no se observa imagen correlativa a la enfermedad, no así en la radiografía panorámica donde manifiesta pérdida de inserción ósea en zona problema (figuras 3 A, B).



FIGURAS 3 A Y B: (A) SIN PRESENCIA DE LESIÓN PULMONAR (B) PÉRDIDA DE INSERCIÓN DENTARIA.

El paciente fue derivado al Servicio de infectología donde fue medicado con itraconazol 200 mg por día. Se realizó control a los 14, 21 y 35 días de tratamiento con una notable mejoría (figuras 4 a, b, c, d, e, f).





FIGURAS 4 A, B : CONTROL A 14 DÍAS CON TRATAMIENTO DE ITRACONAZOL 200 MG.

FIGURAS 4: C, D CONTROL A LOS 21 DÍAS

FIGURAS E, F CONTROLA LOS 35 DÍAS

DISCUSIÓN

El paciente presentado en este caso clínico proviene de la ciudad de Tartagal, situada en el norte de la provincia de Salta. La paracoccidioidomicosis es exclusiva de América Latina y el noreste y noroeste argentino (13). Incluido en la región endémica descrita.

Hasta 2006 se pensaba que el único agente causante de la PCM era el paracoccidioides brasiliensis. Sin embargo el hongo paracoccidioides incluye varios genotipos y especies, puede presentarse, como en este caso, en variantes de formas clínicas (14). Esta descrito que existen localizaciones preferenciales que conforman una triada clásica: mucosa orofaríngea, ganglios y pulmón (14). En nuestro caso clínico fue llamativa la ausencia de lesiones pulmonares y ganglionares y, a su vez, se encasilla en varios factores de riesgos comunicados por diferentes estudios, donde se evidencian al género masculino en un 87% de los casos, con un rango etario entre 31 y 60 años (1). Clásicamente se han descrito al tabaquismo y al alcoholismo como factores de riesgo para el desarrollo de esta micosis profunda (15).

Esta enfermedad se ha asociado al medio rural, pero la migración a zonas urbanas, cambios de trabajo y el hecho de que la micosis se diagnostica años después, originan en los registros médicos ocupaciones que no tienen relación con esta enfermedad y la presencia de casos en zonas no descriptas como endémicas (16). Obtuvo una importancia fundamental la correcta anamnesis, ya que este paciente poseía trabajos temporarios por diferentes regiones no endémicas.

El conocimiento de las manifestaciones orales de estas micosis es fundamental para el odontólogo general, ya que estas lesiones se observarán en el 53,6% de los casos, siendo las manifestaciones iniciales el principal motivo de consulta médica y odontológica (5). El diagnóstico presuntivo de este paciente, al no presentar imagen pulmonar, fue netamente clínico-bucal considerando que la radiología simple de tórax 86,20% presentan imágenes patológicas (17).

Sobre los métodos diagnósticos se evidenció que la serología es positiva en un 88,46% de los casos, y el cultivo en un 62,96%. En cuanto a la histopatología: es positiva en un 95,92% de los pacientes (18). El examen directo mediante el uso de KOH es suficiente para establecer el diagnóstico siendo positivo en un 87,5% (19). Se deben hacer los diagnósticos diferenciales de: histoplasmosis, leishmaniasis, enfermedad de hansen tipo I y carcinoma epidermoide (20).

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la paracoccidioidomicosis implica un trabajo interdisciplinario entre el estomatólogo, micólogo, anatomopatólogo e infectólogo. Esta enfermedad tiene manifestaciones orales, características

por medio de la cual es posible que el odontólogo sea el profesional que infiere el diagnóstico, siendo nuestra la responsabilidad de presentar al paciente un tratamiento multidisciplinario, adecuado y actualizado. Destacamos la importancia de considerar esta patología que, si bien es infrecuente en nuestro medio, debe ser tenida en cuenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Dawaher J, Colella M. T., Roselló A., Pérez C., Olaizola C., Newman W. et al. Paracoccidioidomicosis: clínica, epidemiología y tratamiento. Ksmera [en línea]. 2012 Jul. [citado 09 oct. 2016]; 40(2): 161-171. Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-52222012000200006&lng=es.
- 2- Grando L. J., Somacarrera Pérez M. L., Luckmann Fabro S. M., Meurer M. I., Riet Correa Rivero E., Modolo F. Paracoccidioidomicosis: manifestaciones orales e implicaciones sistémicas. Avances en Odontostomatología, 2010; 26(26): 287-293.
- 3- Negroni P., Negroni R. Micosis cutáneas y viscerales. 9° Edic. Buenos Aires, López Libreros Editores, 1990.
- 4- Antunes Freitas D., Vergara Hernández C. I., Díaz Caballero A., & Moreira G. Paracoccidioidomicosis en cavidad oral. Avances en Odontostomatología, 2012; 28(1):11-16.
- 5- Fernández R., Arenas R. Paracoccidioidomicosis. Actualización. Dermatología. RevMex. 2009; 53(1):12-21.
- 6- Rubin E., Farber JL. Patología. 1aed. México, Editorial médica Panamericana, 1990, pp. 382 - 383.
- 7- Soares H. J., Ferrari TCA. An atypical isolate of Paracoccidioides brasiliensis. Mycoses. 1995; 38: 481 - 484.
- 8- Amstalden E. M., Xavier R., Kattapuram S. V., Bertolo, M. B., Swartz M. N., Rosenberg A. E. Paracoccidioidomycosis of bones and joints. A clinical, radiologic, and pathologic study of 9 cases. Medicine- Baltimore. 1996; 75(4): 213 - 225.
- 9- Sposto M. R., Scully C., de Almeida O. P., Jorge J., Graner E., Bozzo L. Oral paracoccidioidomicosis: a study of 36 South American patients. Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology. 1993; 75 (4): 461 - 465.
- 10- Sposto M. R., Mendes M. J., Moraes R. A., Branco, F. C., Scully C. Paracoccidioidomicosis manifesting as oral lesions: clinical, cytological and serological investigation. Journal Oral Pathology- Medicine. 1994; 23 (2): 85 - 87.
- 11- Do Valle A. C., Guimaraes M. R., Lopes D. J., Capone D. Thoracic radiologic aspects in paracoccidioidomycosis. Rev Instituto de Medicina Tropical Sao Paulo. 1992; 34(2): 107 -115.
- 12- Vargas J., Vargas R. Paracoccidioidomicosis. Rev. enferm. infec. trop. [en línea]. 2009, Feb. [citado 12 oct. 2016]; 1(1): 49-56. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46252009000100012&lng=es
- 13- Paracoccidioidomicosis: científicos activan alarma por el resurgimiento de una patología en el NEA | Argentina Investiga [Internet]. Argentinainvestiga.edu.ar. 2016 [citado 16 oct 2016]. Available from: http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?titulo=paracoccidioidomicosis_cientificos_activan_alarma_por_el_resurgimiento_de_una_patologia_en_el_nea&id=2403
- 14- Padilha-Conçalves A. Paracoccidioidomycosis - doença: infecção sistêmica. An Bras Dermatol. 2011; 62 (1): 293-300.
- 15- Fernandez E., Lainez H. Incidencia de la blastomicosis Suramericana en Honduras. Rev. Med. Hond. 2015; 32(2): 20-24.
- 16- Silva M., Oliveira G., Castro C., Pinto M., Ferreira M., Barberino J. Paracoccidioidomycosis no Hospital Universitário de Brasília. Soc Bras Med Trop. 2008; 41(2):169-172.
- 17- Pasquali P., Rodríguez H. Paracoccidioidomycosis: Casuística de la consulta de micología médica del servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas 1980-1990. Dermatol Venez 2000; 30(4).
- 18- Olivero R., Domínguez A., Sánchez C., Di-Liberti D. Diagnóstico de paracoccidioidomycosis en el Laboratorio de Micología de la Universidad de Carabobo durante 14 años (1992-2005). Rev. Soc. Ven Microbiol. 2007; 27(1):3-10.
- 19- Ferreira da Cruz F., Wanke B., Galvao B. Prevalence of paracoccidioidomycosis in hospitalized adults in Rio de Janeiro (RJ) Brazil. Mycopathology. 1987; 91(1):61-64.
- 20- Montoya M., Chumbiraico R., Ricalde M., Cazorla E., Cordova G. H. Blastomicosis Oral, Papilomatosis Laringea y Tuberculosis Esofagica. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012; 29(2):250-54.

Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

*Contacto: i_molinaavila@hotmail.com
Juramento 453 (4400), Salta, Argentina
Teléfono: 0387-4210469. Celular: 0387-155234117*