



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

FARINA, MIGUEL ANGEL; ESPINOLA, CARLA FABIOLA; YAMANAKA, WATARU; BERNAL,
MANUEL; VILLALBA, JOAQUIN

Paracoccidiodomicosis en la glándula suprarrenal. Reporte de un caso

Revista Chilena de Cirugía, vol. 59, núm. 4, agosto, 2007, pp. 299-301

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531925010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CASOS CLÍNICOS

Paracoccidioidomycosis en la glándula suprarrenal. Reporte de un caso*

Adrenal gland paracoccidioidomycosis. Report of one case

Drs. MIGUEL ANGEL FARINA¹, CARLA FABIOLA ESPINOLA¹, WATARU YAMANAKA¹,
MANUEL BERNAL¹, JOAQUIN VILLALBA

¹Departamento de Cirugía General. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

La paracoccidioidomycosis es una micosis profunda, enfermedad granulomatosa subaguda o crónica, que compromete la piel, mucosas, ganglios linfáticos y órganos internos, de evolución maligna, sin tendencia a la curación espontánea. Realizamos una revisión de lo publicado sobre esta patología y reportamos un caso que representa una forma visceral pura, de presentación rara, aunque existen unos pocos casos publicados sobre todo en la literatura peruana y brasilera.

PALABRAS CLAVE: **Paracoccidioidomycosis, blastomycosis, glándula adrenal.**

SUMMARY

Paracoccidioidomycosis is a deep mycosis, that causes a sub acute or chronic granulomatous disease and involves skin, lymph nodes and internal organs. We report a 54 years old male coming from Paraguay that consulted for nausea, vomiting, asthenia and weight loss, lasting one year. An abdominal CAT scan showed a right adrenal tumor and a left adrenal hyperplasia. A percutaneous biopsy of the adrenal gland under CAT guidance disclosed a paracoccidioidomycosis. The patient was treated with amphotericin B, with good results.

KEY WORDS: **Paracoccidioidomycosis, blastomycosis, adrenal gland.**

INTRODUCCIÓN

La paracoccidioidomycosis (Blastomycosis sudamericana, Blastomycosis latinoamericana, Granuloma paracoccidial, Micosis de Lutz o Enfermedad de Lutz-Splendore-De Almeida) es una micosis profunda, enfermedad granulomatosa subaguda o cró-

nica, que compromete la piel, mucosas, ganglios linfáticos y órganos internos (preferentemente pulmones), tiene una evolución maligna, sin tendencia a la curación espontánea¹. Es producida por un hongo dimórfico, conocido como Paracoccidioides brasiliensis, que en su vida saprofítica e infectante se encuentra en la naturaleza. Se adquiere por vía

*Recibido el 30 de Enero de 2007 y aceptado para publicación el 27 de Abril de 2007.

Correspondencia: Dra. Carla Espinola

Benítez Vera 410 casi del Maestro, Asunción, Paraguay.

e-mail: alrac1001@yahoo.com.

inhalatoria por aspiración de las formas infectantes. No es contagiosa de persona a persona, así como tampoco de animal a hombre.

Es más frecuente en varones que en mujeres (12:1), siendo la edad de preferencia entre los 30 y 50 años. Son más predispuestos a contraer la enfermedad los agricultores y trabajadores del campo o zonas rurales.

La Anfotericina, el Ketoconazol y, recientemente, los antimicóticos triazólicos, en especial el Itraconazol, son los pilares sobre los cuales se basa el tratamiento médico. Actualmente es una enfermedad controlable y curable, clínica y parasitológicamente.

El objetivo es exponer el caso de un paciente internado en la 2ª Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas en enero de 2006 con el diagnóstico de Paracoccidioidomicosis de localización suprarrenal y revisión de la literatura.

REPORTE DE CASO

Paciente de 54 años de edad, de sexo masculino, procedente de Ita - Compañía Caaguazú, desocupado hace un año (anteriormente chofer), sin patología médica de base ni cirugía anterior, que consulta en nuestro servicio de cirugía por un cuadro que se inicia hace aproximadamente 1 año con náuseas y vómitos de contenido alimentario, en pequeña cantidad pero varias veces en el día, sobre todo postprandiales. Refiere cefaleas ocasionales, astenia y pérdida de peso de aproximadamente 15 kg desde el inicio del cuadro. Niega sensación febril, parestesia, palpitaciones o convulsiones. El examen físico al ingreso: PA: 60/40, Pulso 80 x', FR 18 x'. Tº 36,8°. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso. RHA (+) Piel y fanéreos: Turgencia y elasticidad disminuidas. Palidez (+).

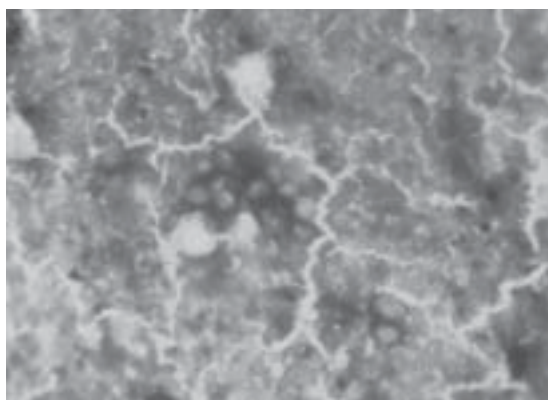


Figura 1. Macrofotografía donde se puede observar la imagen en timón de barco, típico de la paracoccidioidomicosis.

Laboratorio al ingreso: GR: 4.000.000 Leucocitos: 8000 Hb: 12,1 Hto: 36 % L: 40% N seg 55% M 3% E 2% Plaquetas 276.000 Glicemia: 77 Urea: 128, Creatinina: 4,1 Sodio 125 mmol/l Potasio: 5,7 mmol/l Cloro: 95 mmol/l, Calcio iónico: 1,40 mmol/l.

La TAC abdominal a doble contraste informa Proceso expansivo suprarrenal derecho e Hiperplasia suprarrenal izquierda. Los diagnósticos al ingreso fueron: 1) Proceso expansivo suprarrenal bilateral. 2) Deshidratación 3) Hiponatremia 4) Hiperkalemia. Durante su internación se realizan estudios de ACTH y Cortisol los cuales vinieron normales, BAAR (-), HIV (-) y punción-biopsia de la glándula suprarrenal derecha bajo pantalla tomográfica la cual viene como resultado Paracoccidioidomicosis (Figuras 1 y 2). Se traslada al servicio de la 2ª Cátedra de Clínica Médica en donde se trata con Anfotericina B 50 mg/día con buena evolución.

DISCUSION

Para determinar las formas clínicas que puede presentar la Blastomicosis Sudamericana Connant², asumiendo los criterios de De Almeida y otros investigadores sudamericanos, las denomina: 1. Forma muco-cutánea 2. Linfática 3. Visceral 4. Tipo mixto.

1. Mucocutánea: En esta forma clínica las lesiones son ulcerosas, apareciendo en los labios, lengua, paladar, pudiéndose extender a las zonas vecinas de la piel o, hacia la mucosa bucal.

2. Linfática: Esta forma interesa exclusivamente a los ganglios y al bazo, agrandándolos y produciendo en ellos focos supurativos de evolución crónica.

3. Visceral: El órgano más afectado es el pulmón. Pueden afectar la laringe, el intestino, el hígado, el bazo (hepato y esplenomegalia), las serosas (derrame pleural o peritoneal) y otros.⁴

En Perú, la localización suprarrenal se observó

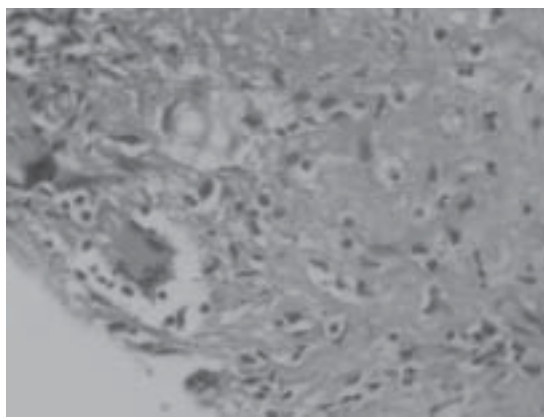


Figura 2. En esta figura se puede observar al parásito que es englobado por las células gigantes tipo Langhans.

en un solo caso, en tanto que la localización ósea se presentó en 4 casos. La localización en el sistema nervioso central se presentó en 3 casos y la testículo epididimaria en 5 oportunidades, simulando una tuberculosis genital.⁵⁻⁷

4. Mixta: Las formas puras descritas anteriormente son menos frecuentes que las formas mixtas o combinadas, en las cuales se entremezclan los síntomas clínicos (Figura 3).

En las formas diseminadas de la enfermedad nunca falta la fiebre que acostumbra ser irregular, acompañada de gran decaimiento y pérdida de peso.

El caso que presentamos representa una forma visceral pura, de presentación rara, aunque existen unos pocos casos publicados sobre todo en la literatura peruana y brasilera⁸.

La presentación típica es con insuficiencia suprarrenal, no constatada por el dosaje hormonal en este caso, pero con sintomatología y alteraciones electrolíticas típicas.

El diagnóstico diferencial se realiza con neoplasias de la suprarrenal, aun cuando sea bilateral, ya que la suprarrenal opuesta es un lugar típico de MTS de un tumor primario contralateral, la tuberculosis, y las enfermedades metastásicas sobre todo de origen pulmonar⁹.

El diagnóstico etiológico se basa en la biopsia citológica o de tejido obtenida por punción simple o con aguja de tru-cut guiada por pantalla TAC o RMN.

El tratamiento moderno se basa en el tratamiento con derivados imidazólicos, sobre todo el itraconazol, aunque en este caso usamos anfotericina B, a una dosis total de 2000 mg y fue dado de alta con itraconazol por vía oral, 100 mg, con lo que se vio remisión de las lesiones suprarrenales a los cuatro meses^{10,11}.

CONCLUSIÓN

La paracoccidioidomicosis de localización suprarrenal es una forma rara de presentación. El diagnóstico se basa en la comprobación del parásito por estudio anatomopatológico o bien por pruebas serológicas o cultivo. El tratamiento es médico. Con buena respuesta al tratamiento con compuestos imidazólicos a largo plazo (4 a 12 meses).

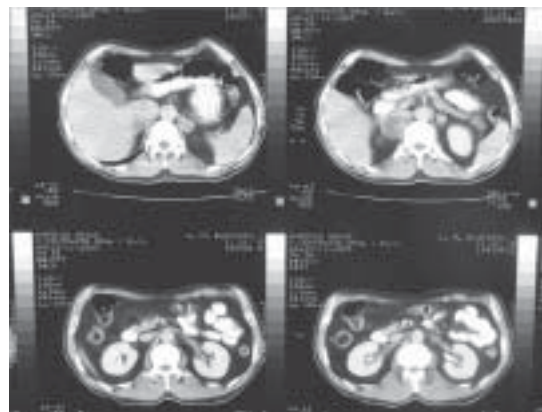


Figura 3. TAC abdominal, donde se observa el mayor compromiso del lado derecho de la glándula suprarrenal, que se constata una hipertrofia suprarrenal derecha e hiperplasia suprarrenal izquierda.

REFERENCIAS

1. Canese A. Manual de Microbiología y Parasitología Médica. 4^{ta} ed. Asunción. EDUNA. 1996; 415-417.
2. Connant N. Manual of clinical mycology. Philadelphia: WB Saunders; 1954; 1.
3. Burstein Z. Aspectos clínicos de la Blastomicosis Sudamericana (Paracoccidioidomicosis) en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2002; 19: 43-47.
4. Negroni P, Negroni R. Micosis cutáneas y viscerales. 7^{ta} ed. Buenos Aires: López Libreros ed 1980.
5. Pesce H. Blastomicosis Sudamericana: bibliografía y casuística peruana; recopilación y ordenación cronológica. Rev Per Tub Enf Resp 1965; 25: 196-202.
6. Weiss P, Zavaleta T. Sobre un caso de linfogranulomatosis mucosica por P. brasiliensis encontrado en Lima. Act Med Per 1937; 11: 442-454.
7. Burstein Z. Anatomía patológica de la Blastomicosis Sudamericana; aspectos histopatológicos. Rev Per Tub Enf Resp 1965; 25: 194-195.
8. Burstein Z. Aporte al diagnóstico de las Micosis Humanas en el Perú. (Tesis de Doctorado). Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1970.
9. Burstein Z. Blastomicosis Sudamericana en el Perú. Folia Dermatológica Peruana 1997; 8: 47-48.
10. Arellano C. Blastomicosis en el Perú. Rev Per Tub Enf Resp 1965; 5: 183-191.
11. Morales J. Simposio sobre Blastomicosis Sudamericana: diagnóstico por el laboratorio. Rev Per Tub Enf Resp 1965; 25: 192-193.