CASO CLINICO PATOLOGICO

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA
Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Coccidiodomicosis cutánea. Imagen clínica

CUTANEOUS COCCIDIODOMYCOSIS. CLINICAL IMAGE

Oct- Dic 2017 | Vol. 98 N°4

Caso clínico patológico
Rev. argent. dermatol. 2017: 98 (4): 38– 46
Publicado en línea 2017, Diciembre / Published online December 2017.
Coccidiodomicosis cutánea. Imagen clínica

Autores | Contacto

AD Pérez-Elizondo *

*** Médico Internista-Dermatólogo. Presidente de la Academia Universitaria de Dermatología. Universidad Autónoma del Estado de México.**

e-mail: antoniodavid64@gmail.com

El autor declara no poseer ningún tipo de conflicto de interés.

Recibido: 21.08.2017
Aceptado para su Publicación: 02.10.2017

RESUMEN

La coccidiodomicosis es una infrecuente micosis sistémica, producida por los hongos dimorfos del género *Coccidiodes, immitis* y *posadasii,* cuyos artroconidios generalmente infectan al ser humano, por vía respiratoria. Gracias al adecuado funcionamiento del sistema inmune celular, la mayoría de las infecciones son autolimitadas. En casos de inmunodeficiencia pueden presentarse formas diseminadas y graves, de curso progresivo, que ponen en riesgo la vida del paciente afectado. El diagnóstico se fundamenta en los hallazgos clínicos, la observación y el cultivo de diferentes muestras tisulares, mediante análisis micológico y anátomo-patológico. De ayuda particular representan las pruebas serológicas al demostrar anticuerpos específicos, tales como: la inmunodifusión en gel de agar y la fijación de complemento si están disponibles. El tratamiento con azólicos sistémicos han demostrado ser eficaces; de igual forma la anfotericina-B en administración intravenosa con sus conocidos efectos

SUMMARY

Coccidiodomycosis is an uncommon systemic mycosis caused by the dimorphic fungi of the genus *Coccidiodes, immitis* and *posadasii*, whose arthroconidia generally infects humans via the respiratory system. Thanks to the proper functioning of the cellular immune system, most infections are self-limiting; in cases of immunodeficiency there may be disseminated and serious progressive forms that endanger the life of the affected patient. The diagnosis is based on the clinical findings, the observation and culture of different tissue samples through mycological and anatomopathological analysis; of particular help represent serological tests by demonstrating specific antibodies, such as: agar gel immunodiffusion and complement fixation, if available. Treatment with systemicazoles have been shown to be effective; similarly, amphotericin-B in intravenous administration with its known nephrotoxic effects is indicated especially in severe patients.

nefrotóxicos, se indica especialmente en pacientes graves.

PALABRAS CLAVES
micosis sistémica, coccidioidomicosis, itraconazol.

KEY WORDS
systemic micosis, coccidiodomycosis, itraconazole.

INTRODUCCIÓN

Históricamente se han descrito dos especies del género *Coccidioides*: *C. immitis* que se localiza en la región californiana de Norteamérica (CA o II) y *C. posadasii* identificado en cualquier otra región del mundo (No CA o I). Aparentemente, la localización geográfica es la única diferencia entre ambas especies, identificadas hasta el momento exclusivamente por métodos moleculares. *Coccidioides spp* por lo general, se adquiere al inhalar artrosporas que crecen en la tierra de regiones áridas o semiáridas de: EUA, México, Centro y Sud América. Por ser un hongo dimórfico saprófito de la tierra, se puede considerar una enfermedad ocupacional en trabajadores del campo o con actividades al aire libre. Los artroconidios de la fase saprófita, por su tamaño, son muy dispersables e infectantes, por lo que cualquier material que lo contenga debe ser manejado en un laboratorio especializado [1,2,3,4]. Esta infección afecta pacientes que trabajan o han viajado a zonas endémicas de la enfermedad, presentándose como enfermedad sistémica primaria o por reactivación de una infección latente. Afortunadamente, la mayoría de las infecciones tienen un curso subclínico. Se estima que el 60% son asintomáticas y el 39% presentan una enfermedad pulmonar aguda, la que frecuentemente es sub-diagnosticada y tratada como una bronconeumonía. Menos del 1% presentarán enfermedad diseminada (extrapulmonar) a otros órganos como: la piel, hueso o meninges. En la piel, la coccidioidomicosis se observa en dos circunstancias: por diseminación o por inoculación primaria, la que es extremadamente infrecuente. Los principales diagnósticos diferenciales deben realizarse con: esporotricosis, leishmaniasis y tuberculosis cutánea. La presentación clínica es muy variada. Incluye desde la formación de abscesos, úlceras, trayectos fistulosos o placas verrugosas con diseminación periférica, sin tendencia a la curación espontánea [5].

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se atiende paciente masculino de 25 años de edad, oriundo del Estado de México que vive y trabaja en una comunidad próxima a Los Ángeles - California, como recolector de algodón desde los 14 años de vida. Visita la Ciudad de México por una afección cutánea de ocho meses de evolución, lentamente progresiva, asintomática. A la exploración física, es evidente la presencia de escasos abscesos fistulizantes y palpación de ganglios linfáticos supurativos, a nivel del área axilar izquierda. Además, se observa extensa úlcera circular, de aproximadamente 4 cm de diámetro, fondo eritematoso brillante y húmedo, de aspecto granulomatoso, de bordes "cortados a pico" circundado por un halo azul - violáceo de varios mm de extensión, en hemitórax ipsilateral (Fig 1). Se solicitan exámenes generales incluyendo hemograma completo, química sanguínea, exudado de faringe y uroanálisis, sin reportar anomalía significativa alguna. El interrogatorio dirigido y minucioso no arrojó datos relevantes en los antecedentes personales, heredofamiliares ni personales patológicos, salvo el trabajar a campo abierto en zonas desérticas, áridas y secas del Estado de California.

Fig 1: úlcera, abscesos y adenitis regional.

Se procede al examen directo con hidróxido de potasio al 25%, del material sero-sanguinolento de la base ulcerosa y cultivo en medio rutinario de Sabouraud agar. Nos informan la observación de grandes esférulas agrupadas de doble membrana, con numerosas endosporas en su interior (Fig 2). Del mismo modo, con extremo cuidado al manejar estos especímenes por su alto grado de contagiosidad, a la semana se muestra una colonia blanquecino-grisácea cotonosa y arracimada, en el medio de cultivo (Fig 3). La correlación clínica y anátomo-patológica confirma la sospecha de coccidiodomicosis tegumentaria.

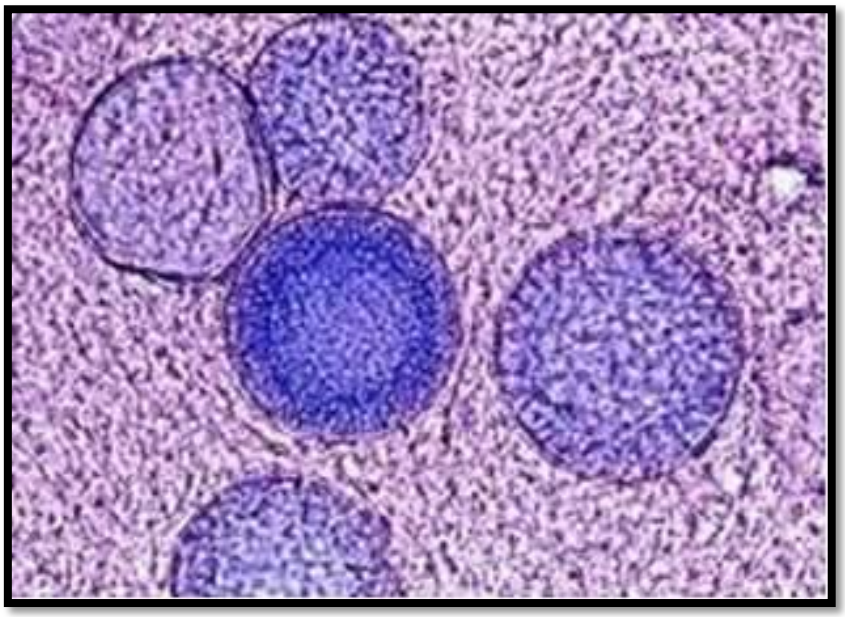


Fig 2: esférulas de doble membrana.

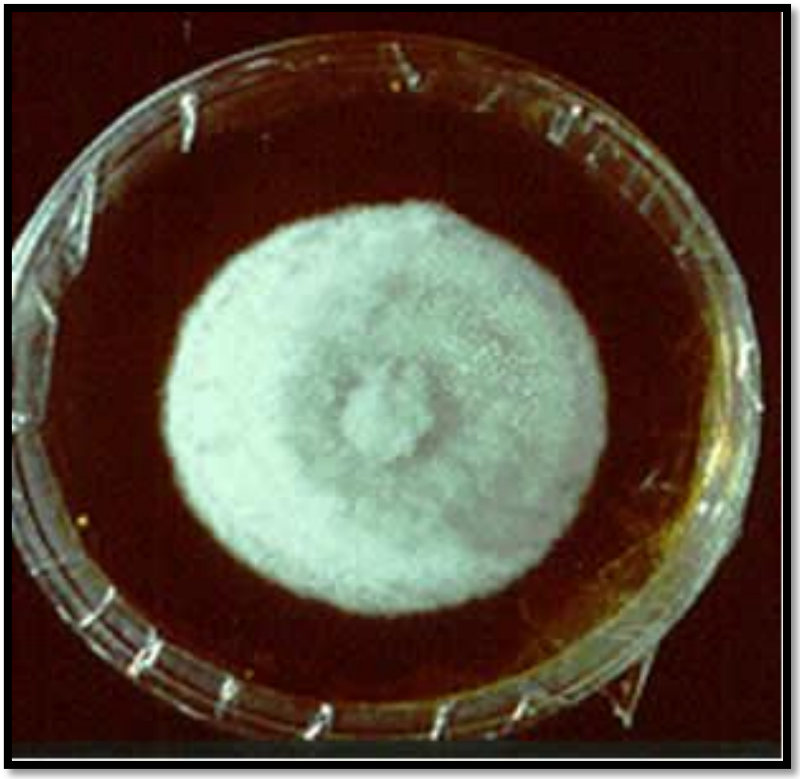


Fig 3: colonia blanquecina arracimada.

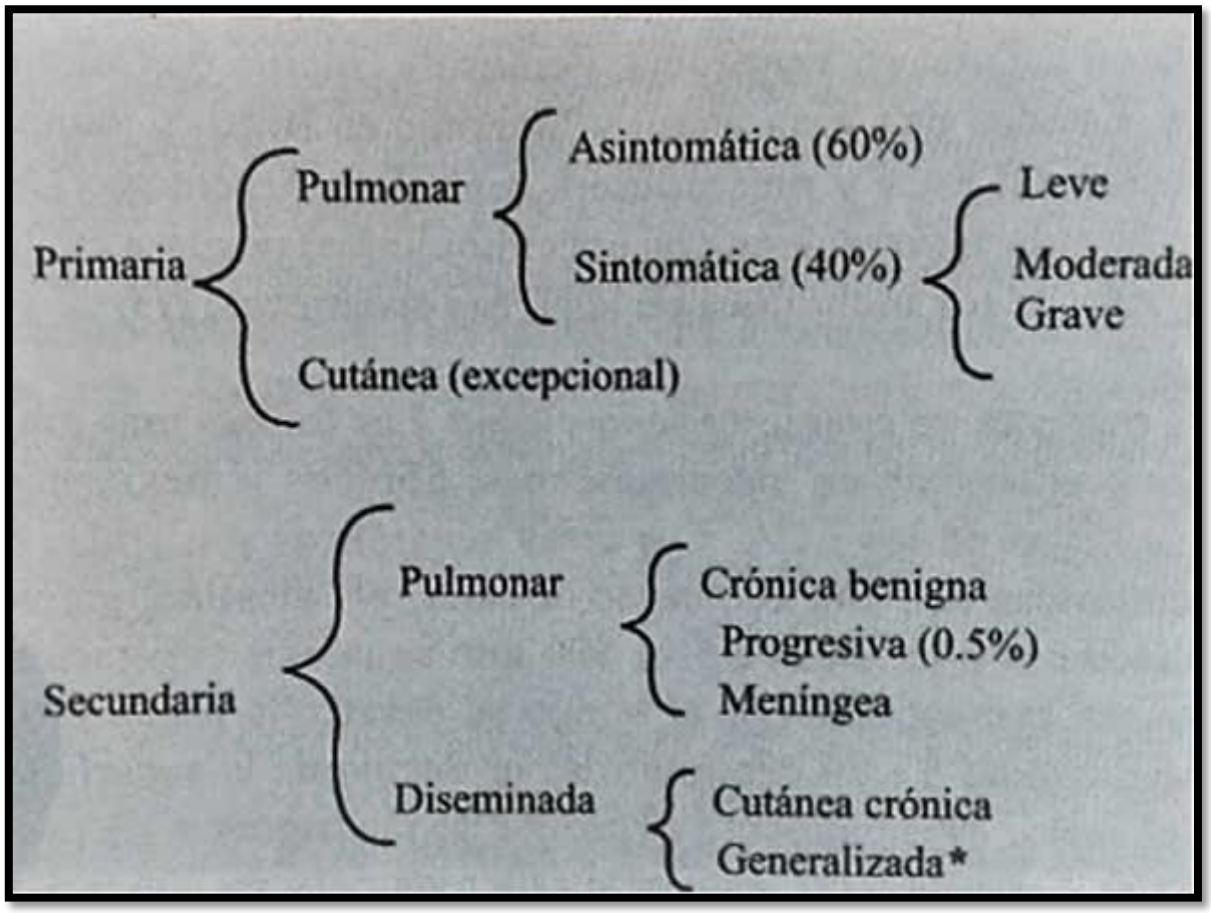
Se trató exitosamente con itraconazol vía oral, 400 mg al día durante cuatro meses, dejando secuelas cicatrizales rojizofibrosas y curación micológica (Fig 4).

Fig 4: cicatrices postlesionales tras cuatro meses de tratamiento.

COMENTARIO

La coccidiodomicosis o fiebre del valle de San Joaquín, es una micosis endémica del sur de Estados Unidos, adquirida por inhalación del hongo dimorfo *Coccidiodes immitis*, agente invasor primario en pacientes inmunocompetentes y oportunista, en aquellos con alguna inmunodeficiencia. Genera esférulas en su fase parasitaria y filamentos artrosporados en la forma saprófita, cuyo ciclo vital se completa en suelo arenoso.

Existen presentaciones pulmonares, muchas veces desapercibidas, diseminadas, que pueden involucrar tejidos óseo-articulares e incluso sistema nervioso central y la rara forma cutánea primaria con lesiones diversas como: abscesos, gomas fistulizantes, nódulos, formaciones verrugosas o vegetantes, úlceras, entre otras muchas. Desde el punto de vista académico y clínico-terapéutico en la práctica médica, resulta de utilidad la clasificación de la enfermedad en formas primarias y secundarias (Cuadro I).



CUADRO I: Clasificación de las presentaciones clínicas de la coccidiodomicosis

Tal como se comentó puede simular una tuberculosis, esporotricosis, histoplasmosis u otras enfermedades granulomatosas, incluso cancerosas.

La sospecha diagnóstica se confirma con intradermoreacción, que resulta positiva en término de 4-5 días, examen directo con potasa y cultivo complementario.

El tratamiento se sustenta en imidazoles y sus derivados, en casos graves que ameritan hospitalización y anfotericina-B microsomal [6,7].

REFERENCIAS

1. Ampel NM. Coccidiodomycosis: a review of recent advances. Clin Chest Med 2009; 30 (2): 241-251.

2. Anstead GM y Graybill JR. Coccidiodomycosis. Infect Dis Clin North Am 2006; 20: 621-643.

3. Stevens DA. Coccidioidomycosis. N Engl J Med 1995; 332 (16): 1077-1082.

4. Fisher MC, Koenig GL, White TJ y Taylor JW. Molecular and phenotypic description of *Coccidioides posadasii* nov. sp., previously recognized as the non-Californian population of *Coccidiodes immitis*. Mycologia 2002; 94: 73-84.

5. Chiller TM, Galgiani JN y Stevens DA. Coccidioidomycosis. Infect Dis Clin North Am 2003; 17 (I): 41-57, VIII.

6. Negroni R. Coccidioidomicosis. En: Restrepo MA, Robledo RJ, Leiderman WE, Botero RD y Bedoya VEI. Enfermedades Infecciosas. Sexta Edición. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín. Colombia. 2003; 309-315.

7. Papaggianis D. *Coccidioides immitis*. En: Ajello L, Hay RJ (Editors). Medical Mycology. Microbiology and Microbial Infections. Novena Edición. Arnold London. Sydney. Auckland. Topley and Wilson's. 1998; 357-371.