



ALUMNA: ALINA ANAHÍD UTRILLA MORENO

CATEDRÁTICO: AGENOR ABARCA ESPINOSA

TRABAJO: RESUMEN paracoccidiodomicosis

MATERIA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

PASIÓN POR EDUCAR

SEMESTRE: 6 GRUPO: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 25 de mayo de 2023

ÍNDICE



 DESCRIPCIÓN Y AGENTE ETIOLÓGICO.....	3
 PATOGENIA.....	5
 CUADRO CLÍNICO	5
 DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	6
 FACTORES DE RIESGO	7
 TRATAMIENTO	7
 PREVENCIÓN.....	8
 CONCLUSIÓN.....	10
 REFERENCIAS.....	11

PARACOCCIDIOIDOMICOSIS

DESCRIPCIÓN Y AGENTE ETIOLÓGICO

La paracoccidioidomycosis es una enfermedad crónica, sistémica, granulomatosa, limitada a nuestro continente, endémica en nuestro país, producida por un **hongo dimorfo** (ya que se presenta en forma de levadura en los tejidos infectados a 37°C y en forma de moho en medios de cultivo a temperatura ambiente) denominado **Paracoccidioides brasiliensis**. Hasta hace pocos años era una entidad propia de personas que se dedicaban a la agricultura u otros trabajos del campo, sin embargo con las migraciones poblacionales a la ciudad, la tala forestal aledañas a las zonas urbanas y otros cambios ecológicos y climáticos, se está observando con mayor frecuencia en estas zonas.

Afecta principalmente los pulmones, la mucosa orofaríngea y el sistema macrofágico fijo. Es la micosis profunda más común en Latinoamérica, registrándose el 80% de los casos en Brasil, seguido por Venezuela y Colombia. Se presenta con mayor frecuencia en hombres.

Esta enfermedad puede cursar de manera asintomática o sintomática con dos formas de presentación clínica: aguda/subaguda (**juvenil**) y la forma crónica (**adulto**).

La forma **aguda/subaguda** es menos frecuente con un porcentaje de presentación entre el 5 y 25% de los casos, con mayor incidencia en pacientes menores de 30 años, tiene la misma distribución por género; es más agresiva, de evolución rápida, predomina la afectación del sistema fagocítico mononuclear destacándose la presencia de adenomegalias localizadas o generalizadas que pueden evolucionar a la supuración o fistulización, hepato-esplenomegalia, pueden existir manifestaciones digestivas muchas veces por presencia de masas tumorales a nivel abdominal que generan compresión de órganos y estructuras a dicho nivel; se pueden presentar lesiones cutáneo-mucosas, compromiso osteoarticular, acompañan al cuadro la repercusión general y fiebre, siendo poco frecuente el compromiso pulmonar

La forma **crónica** es la presentación más frecuente, predomina en el sexo masculino, en edades comprendidas entre los 30 a 60 años.

La infección se suele adquirir en etapa temprana de la vida permaneciendo latente por muchos años, desarrollando la enfermedad en etapa adulta; es de evolución lenta, con manifestaciones clínicas que pueden persistir entre 4 a 6 meses y en ocasiones por más de 1 año. Predomina la afectación pulmonar siguiendo en frecuencia el compromiso cutáneo-mucoso, fagocítico mononuclear, menos frecuentemente pero no menos grave puede existir compromiso del SNC y glándulas suprarrenales

La **severidad** de la forma crónica se clasifica en **leve, moderada y grave**, según las manifestaciones clínicas y compromiso orgánico. La forma **leve** se caracteriza por pérdida ponderal < 5%, compromiso de un solo órgano, o compromiso restringido de órganos o tejidos sin generar disfunción de los mismos. La forma **grave** tiene pérdida de peso > 10%, inestabilidad clínica hemodinámica con insuficiencia respiratoria, disfunción adrenal, síndrome neurológico o cuadro agudo de abdomen; compromiso linfoganglionar de múltiples cadenas, de comportamiento tumoral, supuración, fistulización y títulos de anticuerpos elevados

La paracoccidioidomicosis puede dejar **secuelas** a pesar del tratamiento, siendo las más frecuentes a nivel pulmonar pudiendo persistir la sintomatología respiratoria (tos, disnea, expectoración) debido a la distorsión que genera en la arquitectura del parénquima pulmonar dicha infección micótica como fibrosis, enfisema, engrosamiento bronquial, nódulos menores de 3 cm o quistes pulmonares, ocasionando hipoxemia crónica que puede ser de grave entidad. La hipertensión pulmonar no es frecuente, pero puede ser secundaria al daño parenquimatoso.

Otras secuelas que se pueden observar son a nivel suprarrenal tales como la enfermedad de Addison; a nivel laríngeo disfonía por fibrosis de las cuerdas vocales, macrostomía, estenosis de la glotis y/o tráquea; a nivel central déficit motor; a nivel linfático abdominal, ictericia obstructiva o síndrome de mala absorción

PATOGENIA

En la anatomía patológica se debe observar la presencia de infiltrado celular compuesto de leucocitos polimorfonucleares, monocitos, macrófagos y células gigantes multinucleadas, que rodean a las células de levadura. Los granulomas que rodean las levaduras son típicos en pacientes con paracoccidioidomicosis

La transmisión se produce por la inhalación de los conidios o los fragmentos (hifas) del hongo presentes en los bioaerosoles procedentes del suelo, que alcanzan los alveolos donde se inicia la infección. También, en menor medida, se transmite por inoculación o lesión accidental con objetos o plantas contaminadas (inoculación en la mucosa oral al limpiarse los dientes con palillos o ramitas contaminadas). Una vez que los conidios penetran en los tejidos del hospedador se transforman en la forma parasitaria o levadura.

- El hongo puede permanecer latente durante años en los pulmones y la enfermedad manifestarse mucho tiempo después, por lo que es importante realizar una meticulosa anamnesis sobre los lugares que el paciente habitó o visitó.
- Como el hongo se puede diseminar a otros órganos, los síntomas son compatibles con muchas enfermedades frecuentes, lo que lleva a que los médicos ignoren la PCM y no la incluyan como diagnóstico diferencial.

CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas de esta entidad son variables, dependiendo de los órganos afectados: fiebre, tos, disnea, adenopatías, pérdida de peso, disfonía, úlceras en mucosa orofaríngea. El diagnóstico se basa en el hallazgo del hongo en los tejidos ya sea por examen directo, cultivo o estudios histopatológicos o por técnicas serológicas.

La mayoría de las personas que inhalan conidios de *P. brasiliensis* desarrolla una infección pulmonar asintomática. En caso de manifestarse, la enfermedad se presenta como una neumonía aguda, que puede resolverse espontáneamente. Las infecciones con

manifestaciones clínicas pueden cronificarse y avanzar, pero no suelen ser fatales. Se identificaron 3 patrones:

Mucocutáneo: infecciones que comprometen con mayor frecuencia la cara, en especial la unión mucocutánea de la nariz y la boca. Las levaduras suelen identificarse dentro de lesiones puntiformes que se encuentran en las bases granulares de úlceras que se expanden lentamente. Los ganglios linfáticos regionales pueden aumentar de tamaño, necrosarse y eliminar material necrótico a través de la piel.

Linfático: los ganglios linfáticos cervicales, supraclaviculares o axilares aumentan de tamaño, pero son indoloros.

Visceral: las lesiones localizadas típicas provocan hepatomegalia, esplenomegalia y adenomegalias abdominales, lo que en ocasiones provoca dolor abdominal.

Las infecciones pueden ser mixtas y mostrar los 3 patrones

Forma aguda/subaguda que generalmente afecta a pacientes < 30 años y se manifiesta como una enfermedad diseminada (que afecta los ganglios linfáticos, el hígado, el bazo y la médula ósea). Una forma adulta provocada por reactivación y que puede causar enfermedad pulmonar crónica con fibrosis pulmonar, enfisema y bullas

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de certeza de PCM se realiza por observación directa del agente en el tejido y/o el cultivo del hongo (prueba de oro). La muestra para el análisis es generalmente de origen respiratorio pero también puede provenir de otros tejidos, según las manifestaciones clínicas (raspado de lesiones mucocutáneas, biopsia de ganglio linfático, etc.). El cultivo permite confirmarlo, aunque la observación de levaduras grandes (con frecuencia > 15 micrómetros) con gemación múltiple característica (timón de barco) representa una evidencia presuntiva que sugiere firmemente la infección. Debido a que el cultivo de *P. brasiliensis* puede suponer un riesgo biológico grave para el personal del laboratorio, este debe ser notificado del diagnóstico sospechado.

Otra forma de diagnóstico consiste en la detección de anticuerpos anti-Paracoccidioides circulantes. La positividad de este método depende de dos condiciones: (i) la capacidad

inmunológica del paciente de producir anticuerpos, y (ii) un período ≥ 21 días desde el inicio de los síntomas.

En cuanto a los hallazgos radiológicos se pueden observar en la radiografía de tórax infiltrados intersticiales y alveolares mixtos, que suelen ser perihiliares, bilaterales y simétricos con una participación predominantemente menor en el campo pulmonar. Las imágenes más frecuentes en la TC de tórax son atenuaciones de vidrio esmerilado, consolidaciones, nódulos, masas, cavidades y engrosamiento septal o interlobular; el signo de halo invertido puede estar presente. La afectación pulmonar prolongada puede provocar secuelas graves, como fibrosis, cavidades y enfisema.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ❖ Neumonía
- ❖ Tuberculosis
- ❖ coccidioidomicosis

FACTOR DE RIESGO

El principal riesgo es la inhalación de bioaerosoles contaminados y la contaminación de heridas o la inoculación accidental. Las muestras más peligrosas son los cultivos del hongo en su estado micelial y las muestras de suelo contaminado.

- **Sexo masculino**
- **Edad**
- **Trabajo/ambiente**

TRATAMIENTO

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)

Los azoles son muy eficaces. El itraconazol por vía oral suele considerarse el fármaco de elección, sobre todo porque es más económico que los demás azoles disponibles en las áreas endémicas.

La anfotericina B por vía intravenosa también puede eliminar la infección y se emplea con frecuencia en los casos muy graves.

Las sulfamidas, que se indican ampliamente en algunos países debido a su bajo costo, pueden inhibir la proliferación de Paracoccidioides y revertir las lesiones, pero no curan la enfermedad y deben administrarse durante hasta 5 años.

Por severidad

-Leve - moderada: Itraconazol vía oral, dosis de 200 mg vía oral por día (alta eficacia y seguridad). Duración del tratamiento de 9 a 18 meses. Media de 12 meses

-Grave: Anfotericina B Desoxicolato 0.7-1 mg/Kg/día, (no más de 50 mg/día) o formulaciones lipídicas a dosis de 5 mg/kg/día por 2 a 4 semanas según evolución clínica. Luego de estabilización clínica se rota a la vía oral con Itraconazol o TMP-SMX

PREVENCIÓN

Desinfectantes

No se dispone de información específica para Paracoccidioides, pero la mayoría de los hongos son sensibles a hipoclorito sódico, yodóforos, alcoholes, glutaraldehído y peróxido de hidrógeno.

Inactivación física

No se dispone de información específica para Paracoccidioides, pero la mayoría de los hongos se inactivan con calor húmedo a 121 °C durante al menos 15 minutos o con calor seco entre 160 °C-170 °C durante al menos 1-2 horas.

Antimicrobianos

Azoles (itraconazol, voriconazol, ketaconazol y posaconazol), sulfamidas (trimetropim/sulfametoxazol) y anfotericina B.

Evitar procesos pulvígenos; si no es posible, cerramiento o aislamiento de dichos procesos o disponer de un sistema de extracción localizada.

Diseño adecuado de los lugares y equipos de trabajo con superficies lisas de fácil limpieza y desinfección.

Adecuada ventilación de los locales y controlar la temperatura y la humedad.

Adecuadas medidas de higiene: lavado de manos con agua y jabón al finalizar la jornada laboral, después de quitarse los guantes y tras el contacto con elementos contaminados.

Limpieza y desinfección de cortes, arañazos o heridas en la piel, evitar el contacto de las mismas con elementos contaminados. Cubrir las heridas con apósitos estériles e impermeables. Utilizar ropa de trabajo y equipos de protección individual, en la medida de lo posible, resistentes a la perforación.

EPI

Protección respiratoria: mascarillas autofiltrantes preferiblemente FFP3 o máscaras con filtros P3 en tareas que puedan generar polvo.

Protección de las manos: guantes de protección frente a microorganismos y de cierta resistencia mecánica en caso de contacto o manipulación de materiales potencialmente infecciosos.

Protección ocular o facial: gafa de protección de montura universal en caso de riesgo de contacto accidental mano/guante contaminado-ojo, o pantalla de protección facial (símbolo de marcado en montura: 3) en caso de riesgo de exposición a salpicaduras, o gafa de protección de montura integral con hermeticidad frente a partículas (símbolo de marcado en montura: 4), en caso de riesgo de exposición a polvo.

CONCLUSIÓN

En conclusión, quiero destacar que ante un cuadro de afectación granulomatosa de vías respiratorias o cutánea en un paciente procedente de zona endémica, debemos incluir la paracoccidioidomicosis en el diagnóstico diferencial de infecciones granulomatosas.

La curación produce fibrosis residual extensa en los sitios donde existieron lesiones activas de PCM, lo que puede causar estenosis traqueal o laríngea, atresia bucal o insuficiencia respiratoria debido a fibrosis pulmonar, insuficiencia suprarrenal y obstrucción intestinal. Estos daños, ocasionados por el reemplazo de tejido funcional por cicatricial, pueden afectar gravemente la función de los órganos involucrados y alterar así permanentemente la calidad de vida e incluso causar la muerte del paciente. Una vez iniciado el daño tisular, la secuela fibrótica es irreversible por lo que cuanto más precoz es el diagnóstico mayores son las chances de evitar extenso deterioro funcional.

La PCM suele permanecer ignorada y desatendida por la comunidad médica y los sistemas de salud. La eclipsan otras enfermedades con las que comparte el espectro de manifestaciones clínicas, como la tuberculosis y varias enfermedades infecciosas tropicales y subtropicales, entre otras. A pesar de las altas tasas de infección por *Paracoccidioides* spp. En América Latina, la prevalencia real de PCM no se puede estimar porque existe sub-registro y no es una enfermedad de denuncia obligatoria.

REFERENCIAS

 [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-52222012000200006)

[52222012000200006](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-52222012000200006)

 [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972019000300043)

[67972019000300043](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972019000300043)

 [https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-](https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-paracoccidioidomicosis-importada-espana-S0213005X09003887)

[clinica-28-articulo-paracoccidioidomicosis-importada-espana-S0213005X09003887](https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-paracoccidioidomicosis-importada-espana-S0213005X09003887)

 [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802018000300006)

[76802018000300006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802018000300006)

 [https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-](https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/hongos/paracoccidioidomicosis)

[infecciosas/hongos/paracoccidioidomicosis](https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/hongos/paracoccidioidomicosis)