

INFECTOLOGÍA

tema: paracoccidioidomicosis

6°A EQUIPO 2 UNIDAD 3

Catedrático: AGENOR ABARCA

- Alina Anahid Utrilla Moreno

•

Descripción

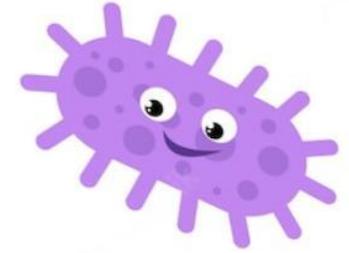
Paracoccidioidomycosis



micosis profunda y sistémica.



Agente



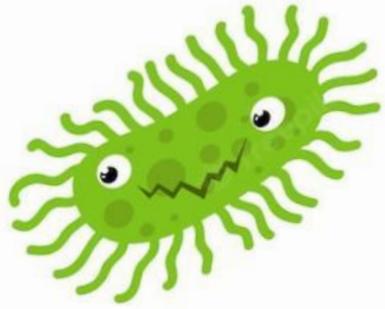
- hongo *P. brasiliensis*.

Las fuentes de infección están asociadas con áreas de bosques subtropicales con elevadas precipitaciones y temperatura ambiente entre 18 y 23°C



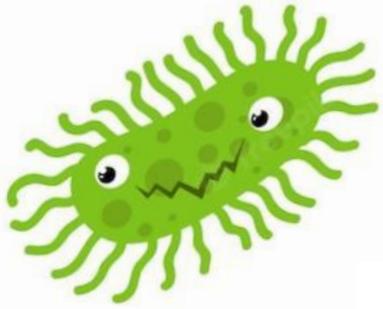
Condiciones adecuadas de crecimiento

Es endémica en **México, Guatemala, Brasil, Colombia, Venezuela, Argentina, Perú, Ecuador, Uruguay y Paraguay.**



Patogenia

- La entrada del hongo al individuo ocurre tras su inhalación, con la llegada de este a los pulmones.
- El período de incubación de un mes- años.
- suele afectar a los pulmones, la piel, la boca, la garganta y los ganglios linfáticos, aunque a veces aparece en el hígado o el bazo.



Factores de riesgo

Edad { adultos entre 30 y 60 años.

Sexo { varones: 87/1

(Mujeres acción protectora de las hormonas femeninas, que inhibirían la transformación micelio → levadura)

Ocupación { agricultores de cultivo de café, algodón
y caña de azúcar.



Cuadro clínico

hormona femenina 17-B-estradiol, volviéndose incapaz de transformarse de la **forma micelar (forma infectante)** a la **forma de levadura (diseminante)**, fundamental para la producción de la enfermedad

FORMAS CLÍNICAS

1.-INFECCION SUBCLÍNICA HONGO ES DESTRUÍDO (QUEDA INMUNIDAD)

2.-AGUDA JUVENIL **CURSO RÁPIDO, COMPTOMISO SIE (BAZO ,HÍGADO, GANG. M. FIBROSIS, ALTA MORTALIDAD)**

3.-CRÓNICA ADULTA

PULMONAR

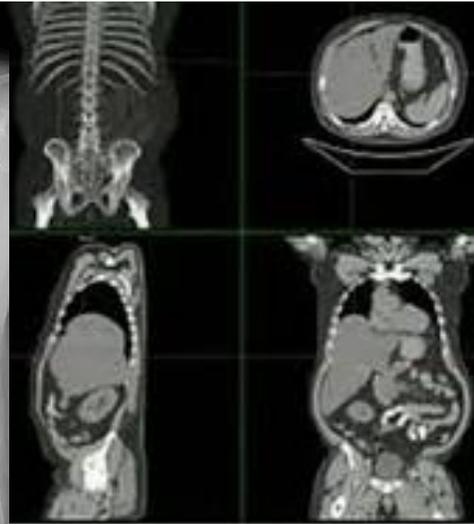
Tos, expectoración, astenia, anorexia, Adelg., sudoración nocturna. Rx: imag. nodulares, infiltrativas, fibróticas o cavitarias

DISEMINADA

Mucosa oral y nasal, piel, ganglios linf., glándulas suprarrenales
< Frecuencia: huesos, articulaciones, SNC

4.-FORMA RESIDUAL

La PCM cura → fibrosis
Cel. de *Hb* viables en ganglios → reactivación



Rev Argent Radiol. 2016;80:138-9

Visceral

Hepatomegalia
Esplenomegalia
Adenomegalias abdominales



Mucocutáneo

Boca de tapir
Estomatitis
Gingivitis ulcerativa



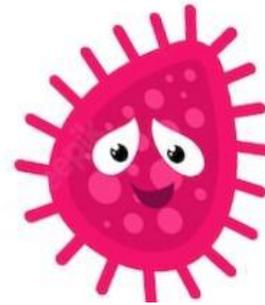
Linfático

Ganglios linfáticos cervicales, supraclaviculares o axilares aumentan de tamaño

Diagnóstico

radiografías de tórax y abdomen, (hemograma completo, velocidad de sedimentación), analítica hepática (ALT, AST, gGT, fosfatasa alcalina).

anticuerpos IgM e IgA del *P. brasiliensis* en el suero del paciente se utilizó de la técnica de inh-ELISA para detección de la glicoproteína 43 Kda, un antígeno exocelular secretado durante la fase de infección por el hongo, fiabilidad de 100%.



Tratamiento

El ketoconazol administrado vía oral es una opción efectiva, no costosa y conveniente

El fluconazol es menos tóxico y tiene algunas ventajas farmacológicas sobre el ketoconazol, como la penetración dentro del LCR

El Itraconazol de 100 a 400 mg/día.

Anfotericina B: 1 mg/kg/día, IV, diluido en 50 ml de suero glucosado al 5% más acetato de delta hidrocortisona 50-100 mg.

Diagnóstico diferencial

Neumonía

Coccidioidomicosis



Prevención



Referencias

 <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v26n6/original1.pdf>

 <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/infecciones/infecciones-por-hongos/infecciones-f%C3%BAngicas-micosis/paracoccidioidomicosis>