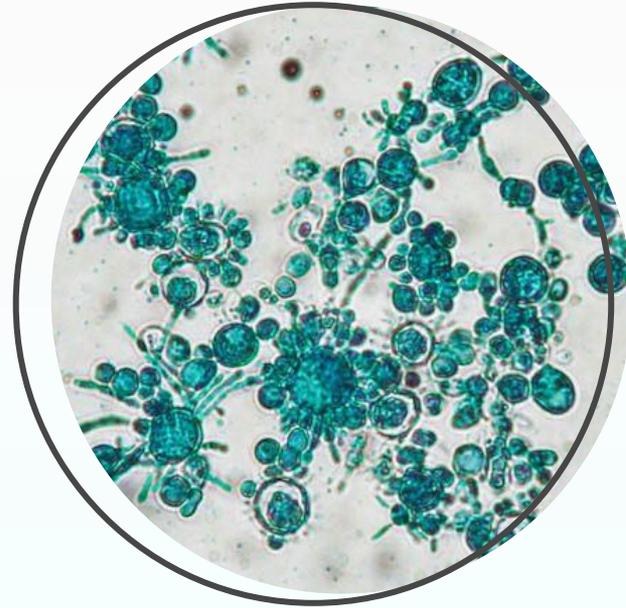


Paracoccidioidomicosis

Docente: Dr. Agenor Abarca Espinosa
Expositores: Jhair Osmar Roblero Diaz
Jhonatan Sanchez Chanona
Materia: Enfermedades Infecciosas
6° "B"

INTRODUCCION

La paracoccidioidomicosis, también llamada blastomicosis de Sur América o enfermedad de Lutz-Splendore-Almeida, es una infección granulomatosa crónica, subaguda o raramente aguda causada por el hongo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*





EPIDEMIOLOGÍA



Ocurre en la mayoría de los países de Latinoamérica

incidencia mayor en Brasil, Colombia, Venezuela y Argentina.

La infección por *P. brasiliensis* también se ha observado desde el norte de México hasta el sur de Argentina

La distribución geográfica del *P. brasiliensis* es limitada a ciertas áreas y está relacionada con el clima.



50% a 75%

Prevalencia de la infección en áreas endémicas en
población adulta

2%

Se estima que la paracoccidioidomicosis activa se
desarrolla en las personas infectadas.

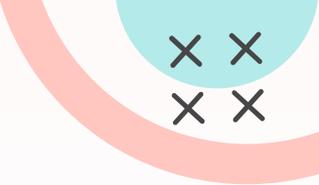
2.7 casos por 100 000 habitantes/año.

Incidencia



AGENTE CAUSAL

- Paracoccidioides brasiliensis es considerado un hongo dimórfico porque puede tener dos formas: **micelar** y de **levadura**
- Se encuentra en la naturaleza a temperaturas entre 22 °C y 26 °C
- Produce colonias de crecimiento lento (3-4 semanas)

- 
- Al microscopio se ven como hifas finas septadas con clamidiosporas.
 - La forma de levadura está presente en el exudado de los tejidos del huésped y crece en cultivos a temperaturas de 37 °C.
 - La apariencia típica de la levadura semeja al microscopio un “timón de barco”.
- 

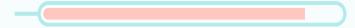
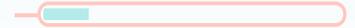


PATOGENESIS

La principal vía de entrada para el *P. brasiliensis* es por la vía inhalada.

Después de su inhalación, el *P. brasiliensis* típicamente causa una infección pulmonar inespecífica

forman granulomas en el sitio de la infección primaria, y a veces en focos metastásicos



CLINICA

Como todas las infecciones sistémicas por hongos, puede afectar cualquier órgano y asumir diferentes presentaciones clínicas, desde localizadas y benignas, hasta diseminadas, severas y progresivas con evolución fatal.





SINTOMAS

Son usualmente inespecíficos como:

- Disnea.
- Expectoración.
- Dolor torácico.
- Hemoptisis.
- En ocasiones es asintomática.

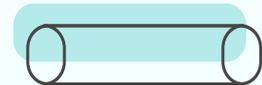




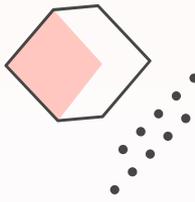
CLÍNICA

Las lesiones se presentan como:

- Pápulas
- Vegetaciones
- Úlceras con puntos hemorrágicos característicos.



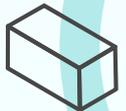
AGUDA/SUBAGUDA



También llamada paracoccidioidomicosis juvenil, representa solo del 3% - 5% de los casos.

Afecta principalmente niños, adolescentes y adultos jóvenes, y tiene dos formas:

- Moderada, que se presenta con poco compromiso general y linfadenopatía.
- Severa, que se da como consecuencia de una diseminación rápida hematógica o linfática de la infección pulmonar primaria.

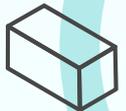
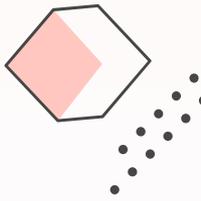


CRÓNICA

Más del 90% de los casos de paracoccidioidomicosis es crónica y ha sido descrita principalmente en hombres mayores de 20-30 años.

Esta se presenta meses o años después de la infección primaria.

Los signos y síntomas usualmente son de progresión lenta, por lo que generalmente los pacientes no consultan al médico después de muchos meses de inicio de los síntomas que comprometen uno o más órganos



CRÓNICA

Existen dos subtipos de enfermedades crónicas:

- Unifocal (25%), en la que solo un órgano o sistema está afectado (generalmente los pulmones); la inmunidad celular está poco comprometida y hay niveles moderados de títulos de anticuerpos;
- Multifocal, con compromiso de varios órganos o sistemas. Esta se acompaña de una depresión variable de la inmunidad celular y humoral.



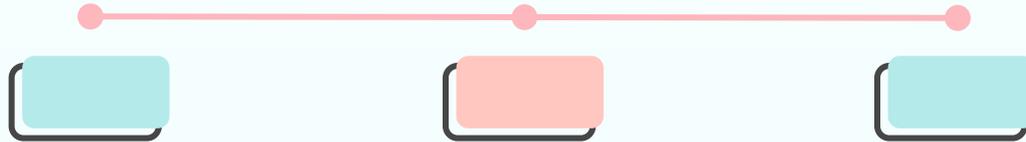
Pacientes inmunocomprometidos



reportado frecuentemente en pacientes con VIH u otras causas de inmunodeficiencia mediada por células T, como el cáncer y trasplante de órgano sólido

- ◆ Un compromiso simultáneo del sistema nervioso central y ocular, que simula una toxoplasmosis, puede ser la presentación en los pacientes seropositivos

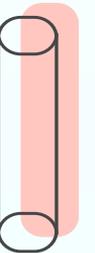
personas que tienen conteos de CD4 menores de 200 células/mm



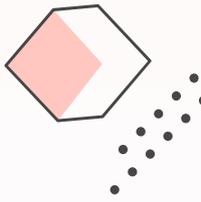


Diagnóstico

se basa en la visualización microscópica de los elementos fúngicos sugestivos de *P. brasiliensis* o el cultivo del hongo de especímenes clínicos

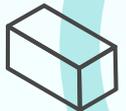


AGUDA/SUBAGUDA



se debe considerar en niños o adultos jóvenes menores de 30 años que presenten: fiebre, pérdida de peso, linfadenopatía localizada o generalizada, hepato o esplenomegalia, masas abdominales con o sin manifestaciones compresivas y signos de falla de la médula ósea (anemia).

- examen directo y cultivo obtenido por aspiración de un nodo linfático superficial aumentado de tamaño
- pruebas serológicas



CRÓNICA

se debe sospechar en pacientes que presentan hallazgos clínicos y epidemiológicos sugestivos como infiltrados pulmonares crónicos con o sin síntomas (disnea, tos), úlceras mucosas crónicas en la vía respiratoria superior, sialorrea, odinofagia y ronquera; así como también lesiones en piel crónicas (nódulos, úlceras).

- KOH. Es posible visualizar la levadura del *P. brasiliensis* en esputo, aspirado de nodos linfáticos aumentados de tamaño, fluido de abscesos, raspado de lesiones en piel y en las biopsias de los órganos afectados.



Diagnóstico diferencial

- El principal diagnóstico diferencial de las lesiones orales y de la mucosa laríngea es el carcinoma escamocelular.
- También se debe tener en cuenta la leishmaniasis mucocutánea, tuberculosis, sífilis y otras neoplasias.
- **Las formas linfangíticas llegan a simular tuberculosis y enfermedad de Hodgkin.**
- **Las erupciones difusas en la piel deben diferenciarse de sífilis, psoriasis y linfomas**
- **aguda/subaguda se deben considerar infecciones sistémicas y linfomas asociados con linfadenopatía generalizada, fiebre, pérdida de peso, anemia y hepatoesplenomegalia**

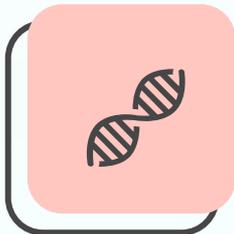




Secuelas

causado

proceso inflamatorio crónico, lleva a una producción aumentada de citoquinas con acumulación de colágeno y formación de fibrosis que causa disfunción anatómica y funcional de los órganos afectados



Causa

fibrosis de los nodos linfáticos mesentéricos que produce malabsorción



Secuelas en pacientes crónicos



falla respiratoria crónica que puede resultar en fibrosis pulmonar, disminución de la respuesta adrenal o enfermedad de Addison





Tratamiento

leve o moderada

Itraconazol cápsulas (100 mg una o dos veces al día) es el medicamento de elección en la paracoccidioidomicosis leve o moderada en adultos.

niños se recomienda la solución de itraconazol 5 mg/kg una vez al día o TMP-SMX

Enfermedad grave

pacientes (hipotensión, falla respiratoria, desnutrición severa)

tratamiento con anfotericina B. Una alternativa es el TMP-SMX intravenoso (8- 10 mg/kg/día del componente del TMP dividido en tres dosis diarias).

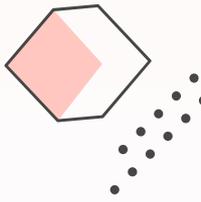


compromiso del SNC

se cuenta con el TMP-SMX o la anfotericina B



Duración del tratamiento



El itraconazol y el voriconazol son usualmente administrados entre seis y 12 meses

el TMP-SMX requiere un periodo más largo para evitar recaídas (usualmente 24 meses)





**¡MUCHAS
GRACIAS!**





Bibliografía



1. Mariaca CJ, Cardona N. (2015). Paracoccidioidomicosis. Med U.P.B. 2015;34(2):126-137. <http://dx.doi.org/10.18566/medupb.v34n2.a05>
 2. Olga María Aldama, Arnaldo Aldama, María Julia Martínez, Victoria Rivelli, José Pereira, María Victoria Alvarenga, Gloria Mendoza y Luis Celas. (2017). Paracoccidioidomicosis: localización podal única manifestación mucocutánea. A propósito de cuatro casos. Volumen 15.
 3. Janete Grando L, Somacarrera Pérez ML, Luckmann Fabro SM, Meurer MI, Riet Correa Rivero E, Modolo F. (2010). Paracoccidioidomicosis: Manifestaciones orales e implicaciones sistémicas. Volumen 26
- 

