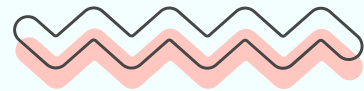
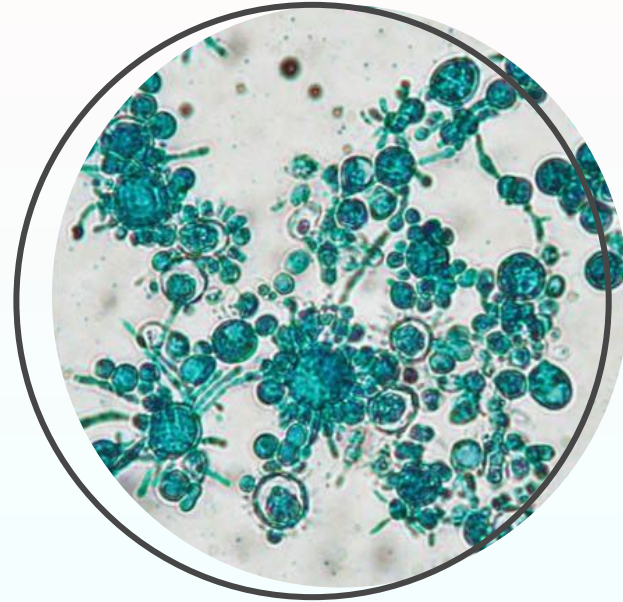


# Paracoccidioidomycosis

Docente: Dr. Agenor Abarca Espinosa  
Expositor: Jhair Osmar Roblero Diaz  
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.

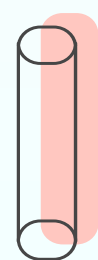




# SINTOMAS

Son usualmente inespecíficos como:

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



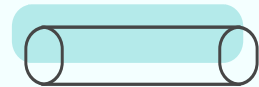




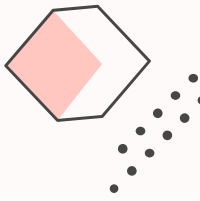
# CLÍNICA

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 hematógena o linfática de la infección pulmonar primaria.

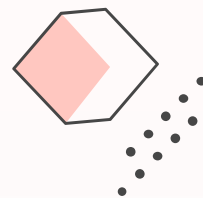


# CRÓNICA

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



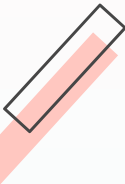
# CRÓNICA

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.



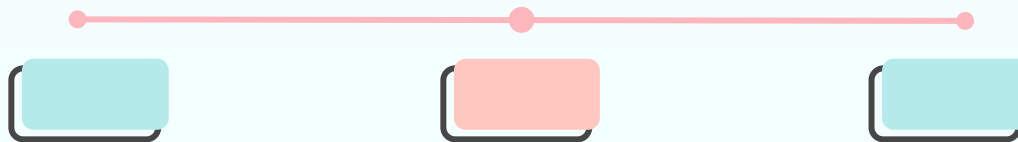
# Pacientes inmunocomprometidos



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

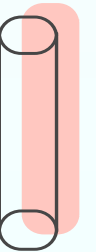
personas que tienen conteos de CD4 menores de 200 células/mm



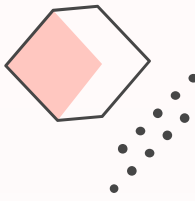


## Diagnóstico

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 serológicos



# 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).

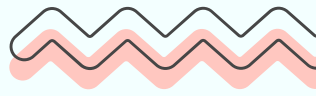
- KOH. Es posible visualizar la levadura del *P. brasiliensis* en esputo, aspirado de nodos linfáticos aumentados de tamaño, fluido de abscesos, raspado de lesiones en piel y en las biopsias de los órganos afectados.





# 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

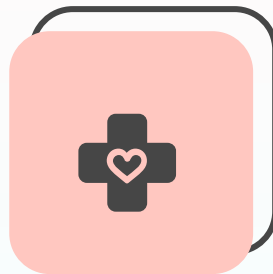




# Secuelas

## 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).

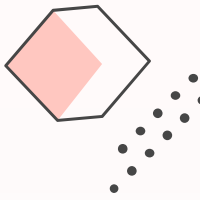


## compromiso del SNC

se cuenta con el TMP-SMX o la anfotericina B



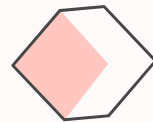
# Duración del tratamiento



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