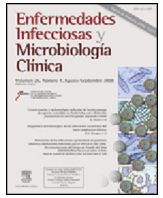




# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Una extraña causa de dolor torácico

An atypical cause of chest pain

Juan Manuel Gómez-Cerquera<sup>a,\*</sup>, Laura Monroy-Tovar<sup>a</sup>, Carolina Silva-Morera<sup>b</sup> y Diego Fernando Salinas-Cortés<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Medicina Interna, Clínica Medilaser S.A., Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva, Huila, Colombia

<sup>b</sup> Departamento de Anatomía Patológica, Laboratorio Microfast, Clínica Medilaser S.A., Neiva, Huila, Colombia

<sup>c</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas, Clínica Medilaser S.A., Neiva, Huila, Colombia

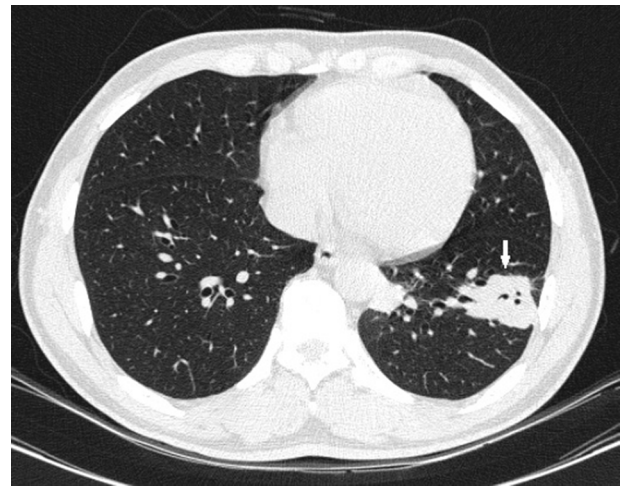


## Descripción clínica del caso

Paciente varón de 45 años de edad, de nacionalidad colombiana, residente del área rural del sur de Colombia (Departamento del Huila), dedicado a la agricultura, sin antecedentes personales de interés y sin viajes conocidos al extranjero, consulta por cuadro clínico de 2 meses de evolución de dolor en hemitórax izquierdo, de intensidad leve-moderada, intermitente, asociado a tos seca ocasional. La sintomatología se agudiza en la última semana, con intensificación del dolor y fiebre no cuantificada. Al examen físico se encuentra afebril, sin evidencia de alteraciones relevantes en la exploración general. Se realiza radiografía de tórax, en la que no se evidencian alteraciones. Ante la persistencia del dolor se realiza tomografía computarizada de tórax (TAC) simple y contrastada que evidencia opacidad nodular de distribución difusa en el lóbulo inferior izquierdo (fig. 1).

## Evolución

Ante los hallazgos de la TAC se realiza fibrobroncoscopia con lavado (BAL) y aspirado broncoalveolar (BAS) sin evidencia macroscópica de alteraciones; se envían muestras para cultivo de micobacterias, KOH y cultivo bacteriano. No se realiza biopsia transbronquial. Los cultivos bacterianos y de micobacterias fueron negativos. El KOH del BAL fue positivo para levaduras, por lo que se decide realizar biopsia guiada por ecografía por parte del equipo de radiología intervencionista. El estudio de anatomía patológica de la muestra informa infiltrado inflamatorio de tipo linfohistiocitario con presencia de células gigantes y formación de granulomas (fig. 2). En la tinción de PAS (fig. 3A) y plata metenamina (Gomori, fig. 3B) se observan abundantes levaduras con gemación múltiple (en timón de barco) compatibles con *Paracoccidioides* sp. La tinción de Ziehl-Neelsen fue negativa. Se realiza serología para



**Figura 1.** La TAC de tórax evidencia opacidad nodular de distribución difusa en el lóbulo inferior izquierdo (flecha blanca).

VIH y estudio de inmunoglobulinas para descartar inmunodeficiencias, siendo todo normal. Con lo anterior se concluye el diagnóstico de paracoccidioidomicosis pulmonar.

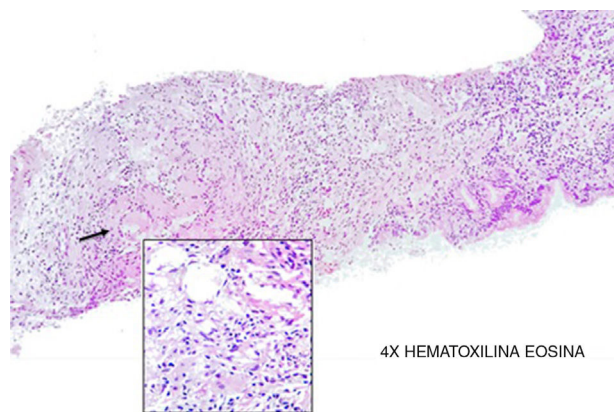
## Comentario final

La paracoccidioidomicosis es una enfermedad infecciosa granulomatosa crónica causada por el hongo *Paracoccidioides brasiliensis*<sup>1</sup>. Es una enfermedad frecuente en América Latina, encontrando múltiples casos principalmente en Brasil. En Europa los casos suelen ser importados debido al gran flujo migratorio de personas de aquellos países en los que la infección es endémica.

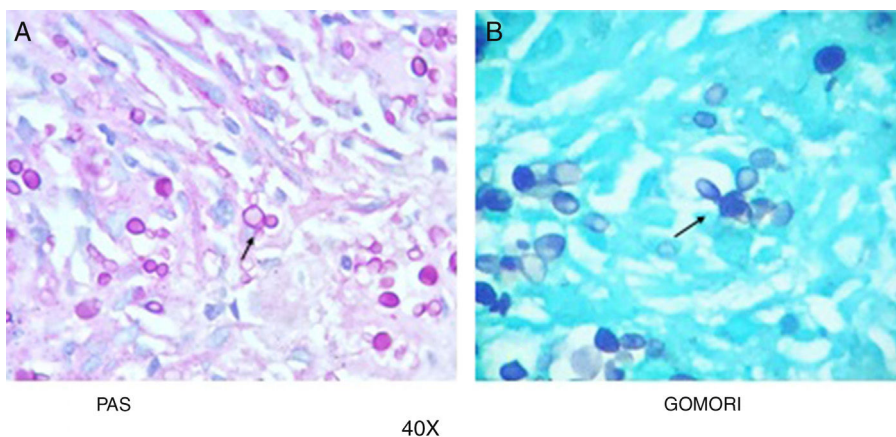
El microorganismo se adquiere por inhalación de aerosoles o a través del contacto directo con lesiones en piel. Solo el 2% de los pacientes infectados desarrollan síntomas típicos de la enfermedad<sup>2</sup>, siendo en su mayoría pacientes con cierto grado de

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [juanmac90@hotmail.com](mailto:juanmac90@hotmail.com), [juan.gomez@uninavarra.edu.co](mailto:juan.gomez@uninavarra.edu.co) (J.M. Gómez-Cerquera).



**Figura 2.** Tinción de hematoxilina eosina con infiltrado inflamatorio de tipo linfohistiocitario con presencia de células gigantes y formación de granulomas (flecha negra).



**Figura 3.** Tinción de PAS (A) y Gomori (B) con levaduras en gemación múltiple en timón de barco.

susceptibilidad a este tipo de microorganismos (fumadores, pacientes con inmunosupresión, enolismo crónico, etc.).

Con relación a la presentación clínica, las formas crónicas suelen ser las más habituales en adultos (90% de los casos), localizándose principalmente en tejido pulmonar, aunque puede diseminarse a mucosa orofaríngea y ganglios linfáticos, principalmente en pacientes inmunosuprimidos<sup>3</sup>.

Itraconazol es el tratamiento de elección para la paracoccidiodomycosis (principalmente en infecciones profundas, como en la afectación pulmonar), aunque existen otras opciones terapéuticas pero menos efectivas, como la anfotericina B y el cotrimoxazol<sup>4</sup>.

#### Financiación

No se ha recibido ningún tipo de financiación.

#### Conflicto de intereses

Los autores expresan que no hay conflicto de intereses al redactar el manuscrito.

#### Bibliografía

1. Dang J, Chanson N, Charlier C, Bonnal C, Jouvion G, Goulenok T, et al. A 54-year-old man with lingual granuloma and multiple pulmonary excavated nodules. *Chest*. 2017;151:e13–6.
2. Navascués A, Rubio MT, Monzón FJ. Paracoccidiodomycosis in an Ecuadorian immigrant. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31:415–6.
3. Brummer E, Castaneda E, Restrepo A. Paracoccidiodomycosis: An update. *Clin Microbiol Rev.* 1993;6:89–117.
4. Shikanai-Yasuda MA, Benard G, Higaki Y, del Negro GM, Hoo S, Vaccari EH, et al. Randomized trial with itraconazole, ketoconazole and sulfadiazine in paracoccidiodomycosis. *Med Mycol.* 2002;40:411–7.