

Desafío diagnóstico

[Diagnostic challenge]

Dra. Jacqueline Levy Z.

Pediatra Infectóloga, Hospital del Niño doctor José Renán Esquivel, Panamá, Rep. Panamá.

Correspondencia: Levy J.

Correo electrónico: lini09@hotmail.com



Recibido: 12 de noviembre de 2020

Publicado: 1 de abril de 2021

Cita: Levy Z, J. (2020), Desafío Diagnóstico, DOI: 10.37980/im.journal.rsp.20201739

Reproducción: Artículo de acceso libre para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción para otros usos.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento: El autor no declara fuentes externas de financiamiento asociados a este trabajo.

Caso Clínico

Paciente femenina de 10 años, con antecedentes de inmunodeficiencia combinada severa, hospitalizada hace un mes con cuadro de fiebre diaria sin predominio horario, con picos hasta 40.0°C y adenopatías generalizadas. Tratada con antibióticos de amplio espectro sin mejoría. Ha tenido cuadros similares al actual, manejada con tratamiento antituberculoso empírico de primera línea, sin respuesta. El hemograma mostraba pancitopenia.

Al examen físico:

Paciente estable, decaída y febril. Cardiopulmonar bien, abdomen ligeramente globoso, con hepatoesplenomegalia. Adenopatías generalizadas. En piel se observa, al borde de la fosa nasal izquierda y en área central submandibular lesión costrosa de aspecto necrótico, y en área facial adyacente al ojo, pequeña lesión umbilicada, con eritema adyacente.

TAC toraco-abdominal: Adenopatías mediastínicas, axilares, retroperitoneales y mesentéricas. Hepatoesplenomegalia difusa. Atelectasias bibasales.

¿Cuál es su diagnóstico?

1. Ectima gangrenoso
2. Histoplasmosis diseminada
3. Tuberculosis cutánea multidrogo resistente
4. Cromoblastomycosis

Respuesta

Histoplasmosis diseminada

La histoplasmosis es una micosis sistémica de amplia distribución geográfica y endémica en Panamá. Es producida por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*, que se encuentra en suelos contaminados con excremento de aves y murciélagos. Es benigna y autolimitada en pacientes con el sistema inmune conservado, sin embargo en pacientes inmunosuprimidos (infección por VIH, trasplantados, pacientes con enfermedades autoinmunes en tratamiento con altas dosis de esteroides, malignidades hemato-oncológicas e inmunodeficiencias) pueden presentarse de forma diseminada y grave.¹

El cuadro clínico consiste en fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías generalizadas y en ocasiones cuadro respiratorio. El hemograma muestra anemia, bi o pancitopenia hay aumento del VES y, a veces, de las enzimas hepáticas.¹

En América Latina el compromiso mucocutáneo se observa en el 80% de los pacientes. Las manifestaciones dermatológicas son muy variadas, de tipo papular eritematoso, nodular necrótico o hiperqueratósico, nodular eritemo-violáceo, foliculitis, pústulas, úlceras acneiformes o chancriformes, placas vegetantes y úlceras crónicas, también lesiones moluscoides.²

El hongo se desarrolla lentamente en tubos sellados con el medio de agar sangre a 37°C durante 2 a 3 semanas, en el que desarrollan colonias lisas, de color crema, constituidas por células levaduriformes. A nivel microscópico se observan las características macroconidias tuberculadas de la fase asexual de esta especie.³

El ectima gangrenoso es una lesión de la piel que aparece por lo general en pacientes inmunosuprimidos, generalmente asociada a bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa*. Es consecuencia de una infección/invasión del espacio perivas-

cular y se caracteriza por la aparición de áreas eritematosas con úlcera centrales, de color púrpura negruzco y de aproximadamente 1 cm de diámetro.

La tuberculosis cutánea es una enfermedad infecciosa crónica causada por el *Mycobacterium tuberculosis* y representa el 1-4% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. Se presenta en una variedad de formas clínicas que dependen de la vía de entrada del bacilo a la piel y del estado inmunológico del paciente, siendo las más comunes la escrofuloderma y el lupus vulgar. El tratamiento de la TB cutánea es similar a la TB pulmonar, tomando en cuenta el incremento cada vez mayor de TB multidrogaresistente (TB MDR) debido a su alta letalidad (40-70%).⁵

La cromoblastomicosis es una infección fúngica, crónica, polimorfa, de la piel y del tejido subcutáneo, causada por varias especies de dematiáceos (más común *Fonsecaea pedrosoi*) cuyas formas parasitarias son denominadas células fumagoides. Es más frecuente en países tropicales y subtropicales y las lesiones individuales pueden ser muy gruesas como grandes vegetaciones, de ahí el nombre de «dermatitis coliflor». ⁶

Referencias

1. Negroni N, Arechavala AI, Maiolo EI. Histoplasmosis clásica en pacientes inmunocomprometidos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2010;38(2):59-69.
2. Samir Cubas W, Jiménez G, Vega J. Lesiones cutáneas como manifestación de una histoplasmosis diseminada en un hospital del Perú. *Rev Chilena Infectol* 2017; 34 (6): 613-614 .
3. Cruz R. *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* Darling. *Rev Chilena Infectol* 2013; 30(3), 311-312.
4. Bush LM, Pérez MT. Infecciones por *Pseudomonas* y patógenos relacionados. Manual Merck, abril 2018.
5. Rojas-Jaimes J et al. TBC cutánea causada por *Mycobacterium tuberculosis* multidrogo resistente: Reporte de un caso. *Rev Med Hered* 2016; 27(3), 177-180.
6. Carrasco-Zuber J et al. Afectación cutánea en las micosis profundas: una revisión de la literatura. Parte 2. Micosis sistémicas. *Actas Dermo- Sifiliográficas* 2016; 107: 816-22.