



INFECCIÓN DISEMINADA POR CURVULARIA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO POR METIMAZOL

C Cesar¹, G Echavarría², D Guevara Nuñez³, A De Paulis³,

E Bertona³, I Ciavarelli², L Romero², G Benchetrit¹

1. Infectología. 2. Clínica Médica. 3. Microbiología

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (UBA), Argentina.

Introducción: Las feohifomicosis, causadas por hongos negros o dematiáceos, causan diversos cuadros clínicos. Las infecciones diseminadas y letales son infrecuentes y oportunistas.

Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión:

Se presenta el caso de un varón de 75 años con antecedentes de enfermedad coronaria e hipertiroidismo en tratamiento con metimazol 40 días antes de la internación. Ingresó por neutropenia febril. No presentaba datos positivos al examen físico. Laboratorio: Hto 19%, leucocitos 500/mm³, neutrófilos 2%, plaquetas 154000/mm³. Tomografía (TAC) de tórax sin lesiones (Fig. 1). Inició tratamiento antibiótico empírico con piperacilina/tazobactam y factor estimulante de colonias granulocito-macrófago. Al 3° día se agregó vancomicina por persistencia de la fiebre y aparición de lesión cutánea en rodilla derecha. Al 7° día esta lesión evolucionó con necrosis central. Se realizó biopsia de piel y se agregó anfotericina B por sospecha de infección micótica. El paciente evolucionó afebril. En TAC del 9° día de internación, coincidente con resolución de neutropenia, se observaron múltiples imágenes nodulares con áreas en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares (Fig 2). En TAC 6 días después se observó cavitación de las lesiones pulmonares y no se observaron lesiones cerebrales ni en senos paranasales (Fig 3).

La biopsia de piel remitida a anatomía patológica mostró necrosis y se identificaron hifas tabicadas en la luz vascular. En la muestra enviada a microbiología (día 8 de anfotericina), no se obtuvo desarrollo para gérmenes comunes. En los medios de Saboraud miel (con y sin cicloheximida) y agar infusión cerebro corazón con sangre (con y sin cicloheximida), desarrolló a las 48-72 h de incubación un hongo dematiáceo, cuyo crecimiento también se observó en las placas de Agar sangre y Levine. El examen directo del macrocultivo reveló la presencia de micelio tabicado y pigmentado, conidios curvados, de pared delgada con cuatro segmentos de color marrón, simpoidales y con septo verdadero compatibles con *Curvularia* sp. No se aislaron hongos en esputo. El paciente completó 35 días de tratamiento con anfotericina liposomal y luego continuó con voriconazol por vía oral presentando buena evolución a 2 meses del diagnóstico.

Conclusiones: La agranulocitosis sólo ocurre en 0,1 a 0,5% de los pacientes tratados con metimazol. Retirado el fármaco y con tratamiento de las infecciones asociadas presentan buen pronóstico con una supervivencia mayor al 70%. *Curvularia* sp produce abscesos subcutáneos por inoculación traumática en inmunocompetentes e infección diseminada en inmunocomprometidos luego de ingresar por vía inhalatoria o de diseminación hematológica. La mortalidad alcanza 50-70% en los casos cerebrales y diseminados. Debido a que ambas son entidades raras no se encuentran comunicaciones de su asociación. Se requiere alta sospecha clínica para hacer una aproximación diagnóstica. En biopsias tisulares la necrosis y la ubicación intravascular de las hifas confirman la infección micótica. Consideramos que la evolución favorable de este caso corresponde al tratamiento precoz basado en la sospecha clínica de infección micótica y a la causa reversible de inmunosupresión.



Fig 1: TAC día 1

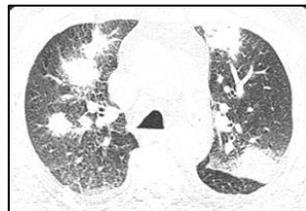


Fig 2: TAC día 9

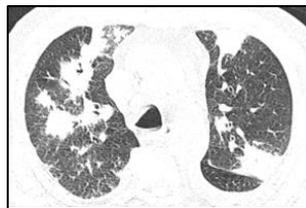


Fig 3: TAC día 15

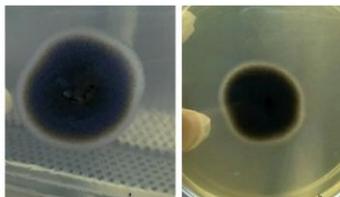


Fig 4: imagen de la colonia.

a. anverso: colonia algodonosa blanco-grisácea;
b. reverso: colonia de color negro

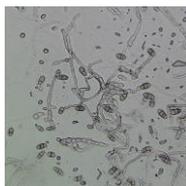


Fig 5: morfología de la colonia