

PE277-PARACOCIDIOIDOMICOSIS MULTIFOCAL SIMULANDO METÁSTASIS CEREBRALES: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CR Daud(1), V Torres(1), L Fornasari(1), MJ Di Rado(1), G Farace(1), L Lopez(2), E Cordova(3), L Morganti(3)

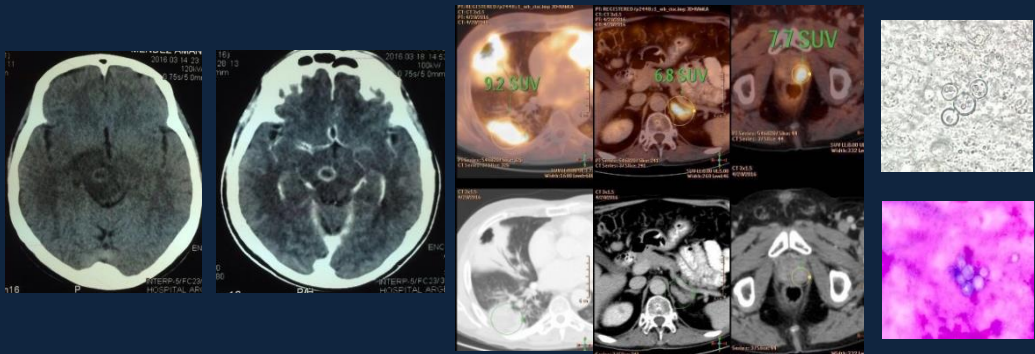
(1)Unidad de Clínica Médica. Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" .Buenos Aires, Argentina

(2)Unidad de Laboratorio. Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" .Buenos Aires, Argentina

(3) Unidad de Infectología. Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" . Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN. La paracoccidioidomycosis es una enfermedad sistémica producida por *Paracoccidioides brasiliensis*, un hongo dimorfo que se encuentra en áreas tropicales y subtropicales de América Latina. La infección es por vía inhalatoria y en la mayoría de los casos es asintomática o leve autolimitada. Las formas progresivas predominan en hombres adultos, trabajadores rurales, con antecedentes de tabaquismo, enolismo y desnutrición. La forma crónica puede ser unifocal (pulmón); o multifocal (pulmón, orofaringe, laringe, piel, ganglios, adrenales, y SNC en un 10% de los casos). El tratamiento de elección cuando existe compromiso de SNC es anfotericina deoxicolato o trimetoprima/sulfametoxazol (TMS).

CASO. Varón de 55 años de edad, paraguayo (zona rural), residente de Argentina hace 20 años, albañil, tabaquista, enolista. Consulta por debilidad en hemicuerpo izquierdo y trastornos visuales de 2 semanas de evolución. Ex. físico: paresia braquiocrural izquierda leve. TC y RMN de SNC: 2 imágenes hipodensas con efecto de masa y edema vasogénico, una tálamo-mesencefálica derecha, y otra cortico-subcortical occipital derecha, con realce anular. HIV negativo. Fondo de ojo normal. TC tórax/abdomen/pelvis: enfisema pulmonar, nódulo adrenal izquierdo. Con sospecha de metástasis en SNC, inicia tratamiento con dexametasona 24 mg/día, con mejoría neurológica. PAAF adrenal no diagnóstica. Al mes de internación, presenta dolor torácico en puntada de costado derecho. TC tórax: consolidaciones en LSD, en LM con broncograma aéreo y cavitación, y en LID. BAL negativo. PAAF lesión LM: negativa. PET/TC: imágenes hipermetabólicas en pulmón derecho, ganglios mediastinales, adrenal izquierda y próstata. PSA: ascenso de 1 a 3 ng/mL. Se realiza biopsia de próstata. Hemocultivos BAAR y hongos negativos. LCR negativo. Evolucionó con fiebre e hipoxemia, con progresión de las imágenes pulmonares. Directo de esputo: paracoccidioidomycosis. Inicia anfotericina deoxicolato y se recibe biopsia de próstata: prostatitis crónica granulomatosa, asociada a microorganismos vinculables a *Paracoccidioides spp.* El paciente presenta franca mejoría clínica y se rota esquema a TMS.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. Se presenta un caso de paracoccidioidomycosis crónica multifocal que debuta con síntomas neurológicos, sin otro compromiso inicialmente, con imágenes sugestivas de secundarismo. Esta micosis, así como la TBC, la nocardiosis y otras micosis, debería incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones en SNC que simulan neoplasias, más aún si existe un nexo epidemiológico. Para ello es esencial una anamnesis exhaustiva, ya que la infección pudo ocurrir años antes de la expresión clínica. Posiblemente, el corticoide recibido por edema cerebral haya recrudescido el compromiso pulmonar en su evolución, lo que inclinó la presunción hacia una TBC o micosis sistémica, y eventualmente permitió el diagnóstico. Por último, cabe resaltar la infrecuencia del compromiso prostático en la literatura, que también nos permitió el diagnóstico casi en simultáneo con el directo de esputo.