

Paracoccidioidoma medular

Medullary paracoccidioidoma-

CARLOS ALBERTO BETANCUR, CARLOS RUIZ • MEDELLÍN

Resumen

Paciente de 51 años con paraparesia de tres meses de evolución, en la RMN de médula espinal se le demostraron dos granulomas que se resecaron y el informe histopatológico con coloración de plata metenamina demostró blastoconidias en gemación típicas de *Paracoccidioides brasiliensis* (*Acta Med Colomb 2010; 35: 183-184*).

Palabras clave: *paracoccidioides brasiliensis*, *paracoccidioidomicosis*, *paracoccidioidoma*.

Abstract

The case is reported of a 51-year-old patient with a three-month history of paraparesia that had rendered him unable to walk over a period of 45 days. The patient underwent surgical excision of 2 granulomas that had been shown by an MRI scan. Histopathological study with silver methenamine showed budding blastoconidia, typical of *Paracoccidioides brasiliensis* infection (*Acta Med Colomb 2010; 35: 183-184*).

Key words: *paracoccidioides brasiliensis*, *paracoccidioidomycosis*, *paracoccidioidoma*.

Dr. Carlos Alberto Betancur Jiménez: Profesor Titular Medicina Interna Universidad CES; Dr. Carlos Ruiz Castaño: Médico Neurocirujano, Clínica Soma. Medellín, Antioquia.

Correspondencia: Dr. Carlos A Betancur J, calle 51 No. 45-93 Cons. 325.

E-mail: cbetancurmed@gmail.com

Recibido: 19/VI/10 Aceptado: 09/IX/10

Paciente de 51 años con tres meses de evolución de paraparesia, que lo llevó hasta la incapacidad para la marcha 45 días después, se asoció a dificultad para la micción requiriendo sonda vesical. Pérdida de peso de igual evolución. Retrospectivamente se encontró un antecedente siete años antes de úlcera en planta de pie, donde se aisló *Paracoccidioides brasiliensis*, recibiendo tratamiento incompleto con cicatrización completa.

Se realizó RMN (resonancia magnética nuclear) encontrándose en el corte sagital T2, dos lesiones intramedulares a la altura del cono medular nivel T12-L1 que mostraban ensanchamiento de la médula (Panel A), y en el corte axial T2 lesiones hipointensas intramedulares compatibles con granulomas (G) que desplazaban la médula espinal (M) (Panel B). Se llevó a cirugía haciendo resección de las lesiones que tenían aspecto de granulomas (G) como se muestra en la foto intraoperatoria (D: duramadre) (Panel C). El estudio histopatológico con coloración de plata metenamina muestra las blastoconidias en gemación (B) típicas de *Paracoccidioides brasiliensis* (Panel D).

A más de la resección quirúrgica, recibió itraconazole recuperando la motilidad con muy discreta restricción para la deambulación.

Discusión

La paracoccidioidomicosis es una enfermedad infecciosa endémica en áreas subtropicales de centro y Suramérica causada por el hongo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis* (1). La relación en género es de franco predominio en el

hombre 15:1 a nivel de Latinoamérica, pero en Colombia es todavía mayor 50:1, fluctuando su incidencia entre 0.05 y 0.22 por 100.000 habitantes (2). El compromiso de sistema nervioso se ha encontrado entre 9.65% y 25.45% de los casos (3-5). Las lesiones granulomatosas son frecuentes (96%) y múltiples (1, 6, 7, 11). En el estudio escanográfico,

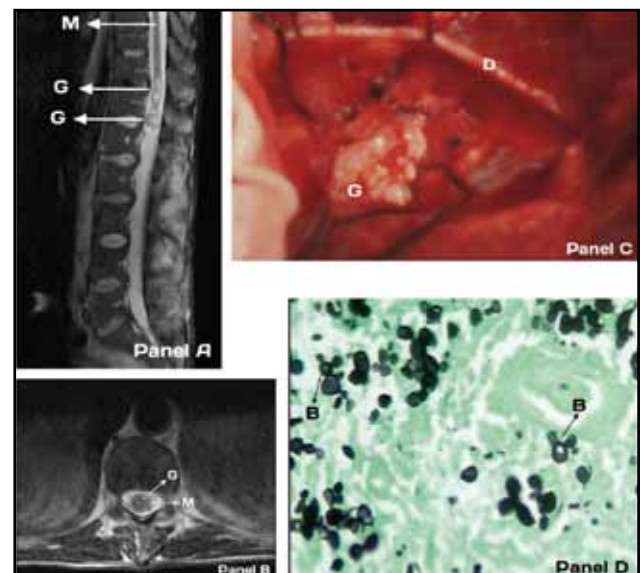


Figura 1. Panel A y B: RMN columna donde se observan granulomas. Panel C: Foto operatoria. Panel D: Coloración de plata metenamina donde se ven las blastoconidias de *Paracoccidioides brasiliensis*. (M: médula espinal. G granuloma. D: duramadre. B: blastoconidias).

las lesiones son hipodensas (53%) e irregulares (76%) y realzan con sombra en forma de anillo (94%) (12). Se ve edema perilesional en 82% de los casos (12). La presentación clínica en forma de seudotumor es frecuentes (13) y se puede por ello confundir con lesiones neoplásicas primarias o metastásicas como en nuestro paciente que se pensó inicialmente en tuberculosis vs neoplasia. El compromiso del cordón medular constituye sólo 0.6% de los casos de infección sistémica y 4% del compromiso de sistema nervioso (1, 8-10). A diferencia de la localización intracraneana, que es de manejo médico, las lesiones intramedulares pueden requerir tratamiento quirúrgico descompresivo temprano asociado a la terapia antimicótica (8).

Conclusión

El diagnóstico de la paracoccidiodosis de sistema nervioso central, es difícil, y requiere una buena sospecha clínica con estudios microbiológicos y coloraciones especiales como la de nuestro paciente: plata metenamina que fue la que nos dio el diagnóstico, pues la sospecha inicial fue de granulomas tuberculosos. El pronóstico de la evolución, depende del diagnóstico temprano y el tratamiento antimicótico asociado a la cirugía cuando está recomendada.

Referencias

1. Almeida SM. Central Nervous System Paracoccidiodomycosis: an overview. *Braz J Infect Dis* 2005; **9**: 126-33.
2. Restrepo A. Paracoccidiodomycosis, en *Fundamentos de Medicina. Enfermedades Infecciosas*. 6 edición 2003; 327-37.
3. Tristano AG, Chollet ME, Willson M, Perez J, Troccoli M. Central nervous system paracoccidiodomycosis: case report and review. *Invest Clin* 2004; **45**: 277-88.
4. Faundes-Pereyra WJ, Carvalho GT, de Miranda Gos A, das Chagas Lima e Silva F, de Sousa AA. Central nervous System paracoccidiodomycosis: analysis of 13 cases. *Arq Neuropsiquiatr* 2006; **64**: 269-76.
5. Villa LA, Tobón A, Restrepo A, Calle D, Rosero DS, Gómez BL, et al. Central nervous system paracoccidiodomycosis. Report a case successfully treated with itraconazole. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2000; **42**: 231-4.
6. Paniago AM, de Oliveira PA, Aguiar ES, Aguiar JI, da Cunha RV, Leme LM, et al. Neuroparacoccidiodomycosis: analysis of 13 cases observed in an endemic area in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 1989; **47**: 224-9.
7. Magalhaes AC, Bacheschi LA, Caramelli P, Lo LS, de Menezes Neto JR, Shikanai-Yasuda MA, et al. Paracoccidiodomycosis of central nervous system: study of 5 cases by magnetic resonance. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 1993; **48**: 94-7.
8. Colli BO, Assirati Junior JA, Machado HR, Figueiredo JF, Chimelli L, Salvarani CP, et al. Intramedullary spinal cord paracoccidiodomycosis. Report of two cases. *Arq Neuropsiquiatr* 1996; **54**: 466-73.
9. De Moura LP, Raffin CN, del Negro GM, Ferreira MS. Paracoccidiodomycosis evidencing spinal cord involvement treated with success by fluconazole. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; **52**: 82-6.
10. Morato-Fernandez RN, Beraldo PS, Masini M, Costa PH. Paracoccidiodomycosis of intramedullary and cerebral localization. *Arq Neuropsiquiatr* 1991; **49**: 192-7.
11. Rodacki MA, De Toni G, Borba LA, Oliveira GG. Paracoccidiodomycosis of the central nervous system: CT findings. *Neuroradiology* 1995; **37**: 636-41.
12. Gasparetto EL, Liu CB, de Carvalho Neto A, Rogachski E. Central nervous system paracoccidiodomycosis: imaging findings in 17 cases. *J Comput Assist Tomogr* 2003; **27**: 12-7.
13. Elias J Jr, dos Santos AC, Carlotti CG, Colli BO, Canheu A, Matias C, et al. Central nervous system paracoccidiodomycosis: diagnosis and treatment. *Surg Neurol* 2005; **63**: 13-21.