



Micosis pulmonares

J. Espinoza Pérez, R. Agüero Balbín, A. Martínez Meñaca, C. Ciorba y V. Mora Cuesta

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Palabras Clave:

- Micosis pulmonares
- Histoplasmosis
- Paracoccidioidomicosis
- Coccidiomicosis
- Blastomicosis
- Aspergilosis
- Neumonía por *Pneumocystis*

Keywords:

- Pulmonary mycosis
- Histoplasmosis
- Paracoccidioidomycosis
- Coccidioidomycosis
- Blastomycosis
- Aspergillosis
- *Pneumocystis* pneumonia

Resumen

La frecuencia y la diversidad de las infecciones fúngicas graves cada vez son más notorias. Las personas con inmunosupresión grave son especialmente vulnerables. Las micosis pulmonares a menudo no son descartadas adecuadamente como causa de la neumonía adquirida en la comunidad, por lo que los retrasos en el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento adecuados a menudo conducen a resultados desastrosos, ya que la progresión del proceso puede ocurrir rápidamente. En la siguiente revisión se contemplan las principales micosis pulmonares, su etiopatogenia, las manifestaciones clínicas que nos llevarán a una sospecha diagnóstica, las pruebas complementarias que se pueden utilizar para ello y el tratamiento adecuado según sea el caso.

Abstract

Pulmonary mycosis

The frequency and diversity of serious fungal infections are increasing. Persons who are severely immunocompromised are particularly vulnerable to infection. The pulmonary mycoses are often overlooked causes for community acquired pneumonia. Delays in recognition, diagnosis and proper treatment often lead to disastrous outcomes because progression may occur rapidly. In this review we discuss the most important pulmonary mycosis, they etiology, clinical manifestations that will lead us to a diagnosis, the different kind of tests that confirm the diagnosis and the adequate treatment for each one.

Introducción

Las infecciones por hongos, según su localización, se clasifican en cuatro grandes grupos: superficiales, subcutáneas, sistémicas y oportunistas. En general, las micosis superficiales se generan por contacto directo con el hongo o con una persona o animal infectado, afectan a la piel, anejos y mucosas, por ejemplo, tiñas y candidiasis. Las micosis subcutáneas se adquieren del ambiente y el hongo penetra por un traumatismo, por ejemplo, en la esporotricosis, el micetoma y la cromoblastomicosis. Las infecciones sistémicas o profundas tienen como puerta de entrada las mucosas o un órgano interno como el pulmón, tracto gastrointestinal o los senos paranasales, cuyo mecanismo de diseminación es por vía linfohemática, con afección uni o multiparenquimatosa¹.

Las infecciones sistémicas se clasifican de acuerdo con la capacidad infectiva del hongo en dos grupos (tabla 1):

1. Micosis sistémicas por hongos verdaderos (patógenos primarios).

2. Micosis sistémicas oportunistas.

Las micosis sistémicas por patógenos verdaderos son, en general, producidas por hongos dimorfos, lo que significa que el microorganismo puede tener dos formas: mohos (con hifas septadas y conidias) y otra forma habitualmente de levadura (en tejidos vivos), y producen infección en huéspedes con situación inmunológica normal. El contacto inicial suele producirse por inhalación del hongo y ocasiona síntomas respiratorios.

Las manifestaciones clínicas iniciales pueden variar según el estado subyacente del huésped, y muchas se desarrollan en presencia de un estado de inmunodeficiencia. La mayor parte de las infecciones se resuelven y deja en los pacientes una intensa inmunidad específica¹.

Las micosis sistémicas oportunistas afectan a pacientes que padecen enfermedades graves como el sida, que presen-

TABLA 1

Clasificación de las micosis sistémicas**Micosis sistémicas por hongos patógenos verdaderos**

Paracoccidiodomicosis

Histoplasmosis

Coccidomicosis

Blastomicosis

Micosis sistémicas oportunistas

Por hongos levaduriformes

Candidiosis

Criptococosis

Geotricosis

Neumocistosis

Por hongos mohos

Aspergilosis

Zigomicosis

Feohifomicosis

Hialohifomicosis

tan neutropenia asociada con una enfermedad maligna, o que son sometidos a trasplante de órganos o cirugía extensa¹.

Las manifestaciones clínicas de las micosis sistémicas oportunistas también son variables, dependiendo del sitio de entrada del microorganismo y de la enfermedad subyacente.

El papel y el enfoque para el diagnóstico de las micosis como causas de neumonía adquirida en la comunidad se mencionan superficialmente en la *Infectious Diseases Society of America* y la *American Thoracic Society*¹. Si no son consideradas como posibles causas de una infección respiratoria, pueden dar lugar a un desenlace fatal, debido a la rápida progresión que presentan². Actualmente, la histoplasmosis es tres veces más común que la tuberculosis en pacientes que reciben bloqueadores del factor de necrosis tumoral² y, por lo general, se presenta como una neumonía³ que a menudo se pasa por alto. Además, la exclusión de la histoplasmosis con frecuencia no se realiza en el diagnóstico de la sarcoidosis⁴, lo que conduce al tratamiento con corticosteroides y a la muerte como resultado de la histoplasmosis progresiva en algunos casos.

Paracoccidiodomicosis

Definición

La paracoccidiodomicosis (PCM) o blastomicosis sudamericana, es una micosis sistémica granulomatosa crónica o subaguda, excepcionalmente de evolución aguda, causada por un hongo dimorfo, *Paracoccidioides brasiliensis*. Se caracteriza clínicamente por afectar a cualquier órgano, sobre todo pulmones, de donde se disemina a los ganglios linfáticos, la piel, la mucosa orofaríngea y nasal y diversos órganos internos, sin tendencia a la curación espontánea⁵.

Etiología

El agente etiológico es *Paracoccidioides brasiliensis*, que presenta dos fases de desarrollo: filamentosa y levaduriforme.

Fase filamentosa (forma micelial, forma infectante)

Se encuentra en la naturaleza. La infección ocurre por inhalación de las partículas infectantes (conidias) producidas por el micelio y luego en los tejidos adopta la forma levaduriforme, estableciéndose la infección⁶.

Fase filamentosa

Se obtiene en el laboratorio en medios de cultivo como Sabouraud y extracto de levadura agar incubados a temperatura ambiente. Las colonias se desarrollan lentamente entre 20-30 días y son limitadas, de aspecto algodonoso, membranosas, rugosas y de color blanco amarillento que con el tiempo toman una tonalidad café.

Patogenia

La penetración de las esporas del hongo en el organismo es por inhalación, y generan una infección primaria pulmonar (primocontacto) que se caracteriza por dar una reacción inflamatoria aguda, posteriormente se infectan los ganglios linfáticos regionales (complejo linfático pulmonar primario). La primoinfección se presenta en forma silenciosa o asintomática, dependiendo del estado inmunológico del huésped, se disemina al tegumento cutáneo (piel y mucosas) y ganglios linfáticos, pero también puede afectar a las vísceras, en especial al estómago, intestinos, bazo, suprarrenales, etc. Hay factores que desempeñan un papel importante para que se establezca la enfermedad, tales como el tamaño del inóculo, la virulencia del hongo y la temperatura ambiental.

Manifestaciones clínicas

En un huésped competente, el crecimiento del hongo se limita y la interacción finaliza sin un daño aparente. Esto es lo que se llama infección subclínica. En este caso, el foco primario desaparece y el hongo es usualmente destruido, pero el huésped queda con "memoria" de la infección. Si el equilibrio huésped-parásito es perturbado por una inmunosupresión u otras causas, progresa la infección y la enfermedad propiamente dicha.

Existen dos formas clínicas bien distinguibles: una forma aguda juvenil (subaguda) y una forma crónica adulta. En ambos casos, las funciones de inmunidad mediada por células son anormales, y en ausencia de terapia específica la mortalidad es alta. Con tratamiento adecuado, se puede esperar mejoría. Algunas lesiones quedan como secuelas (forma residual), donde se encuentran células de *P. brasiliensis* viables y puede ocurrir la reactivación. La remisión puede ir acompañada a veces por una fibrosis pulmonar significativa. La enfermedad entonces puede progresar desde un foco primario sin periodo de latencia o comúnmente por reactivación de un foco en estado de latencia (reinfección endógena). Es posible también el pasaje de reinfección exógena a enfermedad sintomática. Por lo tanto, la micosis puede adoptar más de una forma clínica.

Forma juvenil, aguda o subaguda

Representa entre el 15 y el 20 % de los casos, y es diagnosticada principalmente en pacientes entre 20 y 30 años de edad.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808443>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808443>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)