

Caso clínico

Caso clínico problema

Dra. Teresita Campos Rivera,* Dr. Óscar Vázquez Tsuji,* Dra. Norma López Santiago,** Dr. Rogelio Paredes Aguilera,** Dr. Ignacio Martínez Barbabosa***

Se expone el caso de un niño de 12 años de edad con leucemia aguda mieloblástica tipo M3 (LAM M3) que se estudió durante tres años en el Servicio de Hematología. Tuvo buena evolución con un tratamiento antileucémico que se suspendió a los dos años de remisión. Catorce meses después reingresó con recaída de médula ósea. Se reinició el tratamiento de inducción y tuvo fiebre no cuantificada y un absceso periodontal diez días después. Desarrolló neutropenia severa (200 neutrófilos totales). Al examen físico se encontraron caries múltiples, un absceso periodontal en la región malar derecha; un aumento del volumen de la hemicara derecha con hiperemia y dolor a la palpación. En los cornetes se observó una escara de color amarillo. Se inició un tratamiento con clindamicina y amikacina, a pesar de lo cual la lesión se diseminó; aparecieron lesiones purpúricas granulomatosas en la arcada dentaria y en el paladar. En el paladar duro había una lesión granulomatosa de color ocre con zonas de necrosis central y perforación del paladar en el centro (figura 1).

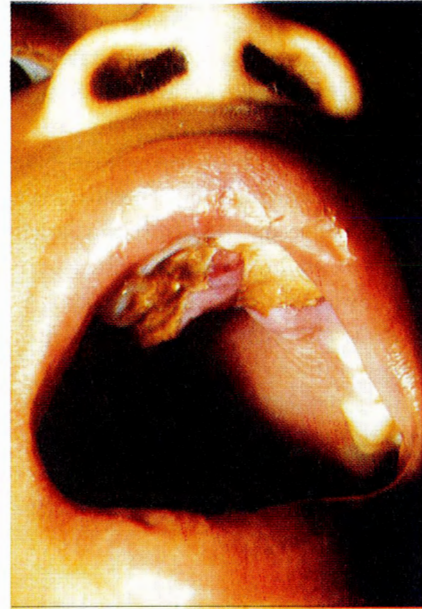


Figura 1. Lesiones ulcero-necróticas de aspecto granulomatoso localizadas en el paladar duro.

El resultado de un hemocultivo mostró *Pseudomonas aeruginosa* y en el examen directo de las lesiones palatinas, hifas dicotomizadas septadas y levaduras, algunas en proceso de blastoconidiogénesis. La tomografía axial computada de los senos paranasales reveló un engrosamiento en la mucosa de los cornetes medio e inferior, de predominio izquierdo. Por la mala respuesta al tratamiento antimicrobiano y antimicótico se utilizó meropenem, con lo que mejoró la infección bacteriana pero persistió la micótica. La respuesta al tratamiento de reinducción no fue satisfactoria y los familiares solicitaron alta voluntaria.

¿Cuál es el diagnóstico probable a nivel rinomaxilar?

- Nocardiosis
- Actinomicosis
- Aspergilosis
- Mucormicosis
- Candidosis

* Servicio de Parasitología y Micología.

** Servicio de Hematología.

Instituto Nacional de Pediatría.

*** Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Correspondencia: Dr. Óscar Vázquez Tsuji. Servicio de Parasitología y Micología. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, 04530, México, DF.

Recibido: Mayo, 2001. Aceptado: Diciembre, 2001.

Respuesta y comentarios

La respuesta corresponde al inciso c). La neutropenia severa con cifras totales inferiores a 1000 ocurre principalmente en las micosis "oportunistas". La escara "centinela", localizada a nivel del septum nasal o de los cornetes, indica el desarrollo de un proceso micótico causado por hongos filamentosos como *Aspergillus*, *Fusarium*, *Pseudoallescheria* o bien zigomicetos, pero no infecciones por *Nocardia* o *Actinomyces*.¹ El mecanismo patogénico de la perforación palatina por *Aspergillus* es el mismo que ocurre en otros territorios por trombosis y producción de áreas de infarto y necrosis.²

El diagnóstico de aspergilosis palatina, rinomaxilar o de mucosas se realiza por medio de un examen directo del material necrótico en fresco, aclarado con hidróxido de potasio en busca de micelio dicotomizado septado macrosifonado, propio de los géneros *Aspergillus*, *Fusarium* y *Pseudoallescheria*. Por estos datos, el cultivo permite hacer el diagnóstico diferencial. En este caso también es útil la detección de antígeno sérico galactomanan de *Aspergillus* cuando existen niveles de antigenemia superiores a 15 nanogramos de antígeno por mililitro; sin embargo, esta prueba puede resultar negativa en infecciones

tempranas. Por otra parte, la prueba de detección de antígeno para *Aspergillus* también puede realizarse en el material granulomatoso y necrótico de la lesión y es positiva en casos de aspergilosis localizada. El tratamiento de elección para la aspergilosis es la anfotericina B a la dosis de 1 mg/kg/día IV. Para los casos de aspergilosis localizada aún no se ha determinado la duración del tratamiento.³⁻⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walsh TJ. Invasive fungal infections in children: Recent advances in diagnosis and treatment. En: Aronoff SC. *Advances in Pediatric Infectious Diseases*. 1st ed. USA. Mosby, 1996;pp187-290.
2. Sarraceno JL, Phelps DT, Ferro TJ, Futerfás R, Schwartz DB. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis: Approach and management. *Chest* 1997;112:541-8.
3. Hopwood V, Jhonson ME, Foot MBA, Evans VGE, Warnock WD. Use of the Pastorex aspergillus antigen latex agglutination test for the diagnosis of invasive aspergillosis. *J Clin Pathol* 1995;488:210-3.
4. Vilmer E. Prospective sandwich enzyme-linked immunosorbent assay for serum galactomanan: Early predictive value and clinical use in invasive aspergillosis. *Pediatr Infect Dis* 1996;15:232-7.
5. Vázquez TO, Campos RT, López SN, Martínez BI. Aspergilosis palatina en pacientes con leucemia. *Rev Mex Patol Clin* 2000;47:110-5.