T*richosporon beigelii* en trasplante renal. reporte de un caso

Tricosphoron beigelin in renal transplant. A casa report

Dr. Rogelio Jácome Ruíz; Dra. Yamilet Villalonga Moras; Dr. Juan Orlando Roura Carrasco; Fernando Trujillo Sánchez

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta, el caso de un paciente con transplante renal y lesiones micóticas por *Trichosporon beigelii.* Esta enfermedad, aunque no es frecuente, debe tenerse presente en todas las alteraciones de la piel de un paciente inmunodeprimido. Se exponen las características de la lesión, la localización y la curación con la terapéutica específica.

DeCS: TRASPLANTE DE RIÑÓN; TRICHOSPORON; INFORME DE CASO.

ABSTRACT

This paper reports on a renal transplantation patient with *Trichosphoron beigelii* caused mycotic lesions. The fungus, though uncommon, has to be considered when treating an immunosuppressive patient with skin disease. Placing, lesion features, and healing are also dealt with.

DeCS: TRANSPLANTATION; TRICHOSPORON; CASE REPORTS.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de las micosis se ha incrementado dramáticamente en los últimos años, hecho relacionado con el deterioro de los mecanismos defensivos que le permiten al individuo normal contrarrestar estas enfermedades. [1]

El término de huésped inmunodeprimido se asocial a inmunodeficiencias congénitas, alteraciones inmunitarias por cáncer, insuficiencia de médula ósea, terapéutica con inmunosupresores, trasplante de órganos y en la actualidad con el VIH-SIDA. [2, 3]

En el paciente con transplante renal, la inmunodeficiencia se produce por la uremia y otros factores relacionados con el acto quirúrgico como la ruptura de la barrera cutáneomucosa. A esto se suma el empleo de fármacos inmunosupresores y la infección por determinados gérmenes que amplifican el estado de inmunosupresión. [3]

Las infecciones fúngicas en el transplante renal son menos frecuentes que las que causan bacterias y virus, aunque mucho más graves. Sólo el 5 % de estos pacientes padecen de infecciones micóticas producidas por *Cándidas Aspergillus y Cryptococcus neoforms.* [4]

Es necesario que nuestros médicos consideren estas infecciones en el paciente inmunodeprimido, teniendo en cuenta que cada día se produce un incremento de sus incidencias en relación con el empleo de nuevos medicamentos antibióticos, infección por VIH-SIDA y novedosas técnicas de trasplante tisular.

REPORTE DEL CASO

Paciente RPL, de 57 años de edad, masculino, blanco, con antecedentes de hipertensión arterial (estadio II) y enfermedad ulceropéptica. Llegó a la insuficiencia renal terminal por nefroangioesclerosis y transplante renal de donante cadáver. Actualmente padece una nefropatía crónica del injerto.

Ingresó en el Servicio de Nefrología con lesiones cutáneas localizadas en el pene (glande) y testículo derecho que describimos como úlceras de tamaño variable (7-10mm), fondo limpio, sin fetidez (Fig. 1).

Fig. 1. Úlceras de tamaño variable (7-10mm) localizadas en el pene (glande) y testículo derecho

Se realizaron exámenes de hematología y estudios microbiológicos, que incluyeron los de la secreción local. Se obtuvieron los siguientes resultados:
Serología (VDRL): no reactivo.
Microelisa (VIH): negativo.
Minicultivo (4): negativo.
Conteo de Addis: negativo.
Creatinina: 330 mmol/l.
Glicemia: 3, 6 mmol/l.
TGP: 1.2 udes/l
Hematocrito: 0, 27
Leucograma: normal
Examen bacteriológico de la secreción de las lesiones: no crecimiento
Material obtenido de las lesiones crecimiento *Trichosporon beigelii.*
Se impuso tratamiento local con ketoconazol, y las lesiones mejoraron notablemente. Aún lo mantiene y se evalúa periódicamente.

DISCUSIÓN

Lo que se conoce actualmente de las infecciones por *Thicosporon* es que estos microorganismos afectan fundamentalmente el cuero cabelludo (piedra blanca del cuero cabelludo) producido por Thicosporon ovoides y el vello pubiano (*T inkin, T cutaneum, T asteroides*). La siguiente descripción se refiere al *Trichosporon beigelii* y *T. capitatum,* que provocan una infección diseminada en pacientes con neuropenia, clasificada como *Blastochizomyces capitatus.* [7, 8]
El *T. beigelli* puede colonizar la piel y el aparato digestivo del hombre, pero también ocasiona una afección diseminada por vía hematógena en pacientes

inmunodeprimidos. Esta última se manifiesta por fiebre y aparición de pápulas eritematosas generalizadas. En algunos pacientes infecta las válvulas cardíacas naturales o protésicas. [5, 8]

Se observaron hifas y células semejantes a las levaduras en los tejidos. Actualmente se consideran dentro del grupo de hongos emergentes, pues están cambiando sus sitios habituales de afectación patógena.

En la afección generalizada, la anfotericina B es el fármaco más adecuado para el tratamiento, pero el restablecimiento depende de la recuperación de la función medular en pacientes afectados. [12, 13]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero Caballero R. Microbiología y parasitología humana. Bases etiológicas de las enfermedades infecciosas 2ed. México: Editorial Médica Panamericana; 1999.

2. Stevens DA, Walsh TJ, Redstom F, Cenci E. Cytokines and mycosis. Med Mycol 1998; 36 (suppl 1): 174-82.

3. Fukosawa y Kagaya K. Most defense mechanism against fungal infection microbiological sciences 2001; 5(4).

4. Casedevall A. Antibiol immunity and invasive fungal infections infection and immunity 2000; 4211-8.

5. Franco L Gómez I. Sapexconazole in the treatment of systemic and subcutaneous mycosis Int. J dermatol 1998; 31: 805-12.

6. Pinmental ER, Castro LG. Treatment of chromomycosis by cryosurgery with liquid nitrogen. A report on eleven cases. J Dermatol Surg Oncol 1999; 15:72-7.

7. Elgart GW. Chromoblastomycosis. Dermatol Clin 1996; 14:77-83.

8. Foster HM, Harris TJ. Malignant change (squamous carcinoma) in chronic chromoblastomycosis. Aust NZ Surg 1998; 57(4): 775-77.

9. McGinnis MR. Chromoblastomycosis and phacochypnomycosis: new concepts, diagnosis and mycology. I am Acad Dermatol 1998; 8: 1-16.

10. Sabal JD. Parctice guideliny of the treatment of fungal infections. Clin Infect Dif 2000;30:652,

11. White J D. Randomized, double bland clinical trial of amphotericin B colloidal dispension vs amphoteracin B in the empirical treatment of fever and neuropenia Clin Infect Dis 2000;27: 296.

12. Dismuken WE. Introduction to antifungical drug. Clin Infect Dis 2002; 30:296.

13. Bennett JE. Micosis diversas e infecciones por algas. 15ed. Harrison; 2002. p. 1393-98.

Recibido: 24 de febrero de 2005.
Aceptado: 15 de julio de 2005.

Dr. Rogelio Jácome Ruiz. Especialista de I Grado en Nefrología Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech Camagüey.