

Concurso de Residentes: Mejor caso clínico

Reactivación de Enfermedad de Chagas por tratamiento inmunosupresor en una paciente con Lupus Eritematoso Sistémico. Reporte de un caso. *Reactivation of Chagas disease by immunosuppressive therapy in a patient with Systemic Lupus Erythematosus. A case report.*

Lourdes González*, Beatriz Di Martino**, Andrés Canese***, Aldo Ojeda*, Marcia Melo****.
*Residente, **Patóloga, ***Microbiólogo, ****Reumatóloga - Hospital de Clínicas

La enfermedad de Chagas (EC) es una zoonosis causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*. Presenta en general una evolución crónica produciendo una gran morbi-mortalidad en los países en los cuales es endémica, como en el nuestro. La afectación cutánea es muy rara, pudiendo ser primo-infección o resultado de la reactivación de la enfermedad latente como consecuencia de la inmunosupresión, presentándose en este último caso con un cuadro agudo, atípico y grave.

Describimos el caso de una paciente que desconocía ser portadora de EC y que presentó reactivación de la patología chagásica luego de instaurarse tratamiento inmunosupresor, para lupus eritematoso sistémico (LES).

Caso Clínico

Mujer de 44 años de edad, procedente de medio rural del Paraguay, portadora de LES desde hace 4 años. En coincidencia con el aumento de la dosis de prednisona a 50 mg/día y de azatioprina a 50 mg/día, presenta fiebre y lesiones dolorosas en piel de 15 días de evolución, localizadas en pierna izquierda. Otros antecedentes personales: hipertensa y aneurisma de aorta torácica en tratamiento con losartán y atenolol. Un mes antes colecistectomizada. Niega transfusiones sanguíneas.

Al examen físico se observan dos lesiones en la piel, situadas en muslo derecho y pierna izquierda, la primera de 10 cm. de eje mayor, ulcerada, de bordes irregulares y límites netos eritemato-violáceos, cu-

bierta por escara y la segunda de 4.5 cm., cubierta por una costra (Figura 1)

Los exámenes laboratoriales muestran: En el Hemograma Hb: 9.1 g/dl, GB: 5.000/mm³, (N: 70%, Nb: 21%, L: 7%). Plaquetas 255.000. VSG: 28 mm. Test de Coombs: positivo. Reticulocitos: 4,4%. Frotis de sangre periférica: Anillos de Cabot (+). Macroцитos (++) . Anisocitos (++) . Punteado basófilo (++) . Albúmina: 2,6 g/dl. Perfil férrico: Ferritina: 214 µg/dl. % de saturación de transferrina: 16,8%. Fe: 36 µg/dl.

Resto de la rutina: Normal.

Hemocultivo y urocultivo: negativos. Cultivo de lesión: *Citrobacter freundii* (BLEE).

Perfil reumatológico: C3: 70 (VN: 90), C4: 14 (VN: 16). ANA, Anti DNA: negativos.

Histopatología de la lesión de muslo derecho: ulceración y necrosis epidérmica cubierta por una escara. Infiltrado inflamatorio macrófagico, más prominente a nivel subepitelial, donde las células están cargadas de pequeñas estructuras redondeadas a ovaladas, basófilas. Necrosis fibrinoide de paredes vasculares de vasos de pequeño y mediano calibre, leucocitoclasia y necrosis del tejido conectivo y adiposo perivascular. Las estructuras anteriormente referidas también aparecen a nivel de las paredes vasculares (Figura 2). Coloración de PAS negativa.

En base a estos hallazgos anatomopatológicos se solicitan los siguientes estudios:



Fig. 1

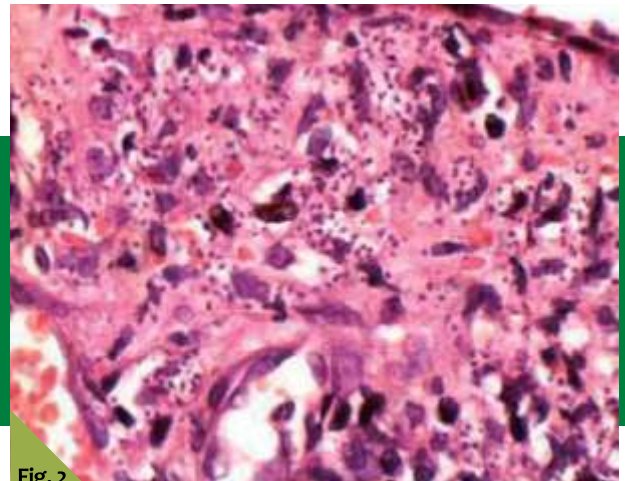


Fig. 2

• IDR Montenegro: negativa. IFI p/ Leishmania: IgM negativo, IgG: positivo (1:40).

• Cultivo para hongos: negativo. Técnica de tinta china para *Criptococos*: negativa.

Se tomas muestras para examen directo de la linfa cutánea de la lesión y se realiza además un nuevo frotis de sangre periférica, observándose formas amastigotes y trypomastigotes de *Trypanosoma cruzi* (Figura 3).

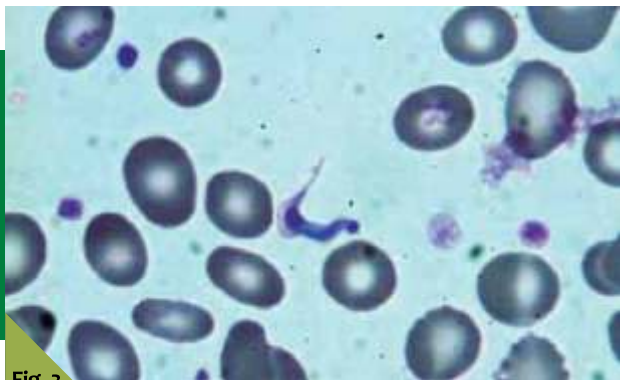


Fig. 3

En base a estos hallazgos se solicitan:

- ELISA anti *T. cruzi*: Reactivo. IFI para Chagas: IgG: 1:80 (+). IgM: negativo.
- PCR para Chagas: positivo.
- Ecocardiografía: VI no dilatado. Disfunción diastólica por alteración en la relajación del VI. Insuficiencia mitral leve e insuficiencia aórtica moderada. Aorta dilatada en cayado, Aorta ascendente y descendente.
- Radiografía de tórax: Mediastino ensanchado a expensas de dilatación de cayado aórtico. RMN de tórax: Aorta descendente tortuosa e irregular de 6 mm de diámetro, dilatada desde el cayado hasta debajo de la arteria renal.
- Ecografía abdominal: Normal. Transito EGD: Normal.

Diagnóstico: Reactivación de Enfermedad de Chagas en fase crónica latente, en paciente con LES e inmunosupresión medicamentosa.

Tratamiento y evolución: Benznidazol (5 mg/kg/día): 250 mg/día. Ácido fólico: 20 mg/día. Antibióticos. La paciente completó 30 días de tratamiento con buena evolución de sus lesiones.

La enfermedad de Chagas es endémica en nuestro país, sin embargo la reactivación de la misma es infrecuente. Mucho menos frecuente es el compromiso cutáneo tan llamativo como en este caso.

Concurso de Posters Electrónicos: Mejor trabajo

Pénfigo Foliáceo. Un foco endémico en Paraguay *Pemphigus Foliaceus*. An endemic focus in Paraguay

Olga Aldama*, Arnaldo Aldama**, Gloria Mendoza**, Luis Celias**
*Centro de Salud, Piribebuy **Servicio de Dermatología, Hospital Nacional

Introducción

El Pénfigo Foliáceo Endémico (PFE) es una variedad de Pénfigo Foliáceo con similares características clínicas, histológicas e inmunológicas pero con una epidemiología particular. Ocurre endémicamente en ciertas regiones de América del Sur particularmente en áreas rurales del Brasil donde se conoce con el nombre de Fogo Selvagem. En Brasil hay más de 15.000 casos, la incidencia en ciertas zonas llega a 50 casos/millón/año y en todo el país: 4,6 a 6,4 casos/millón/año.

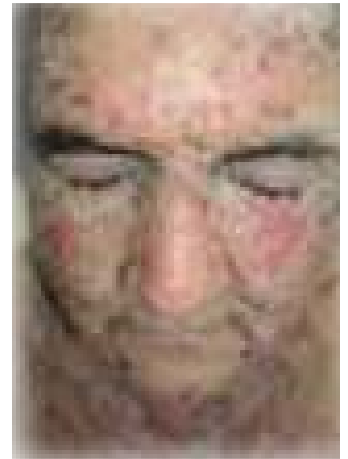
En Paraguay se describieron en los últimos 20 años más de 450 casos (promedio de 23 casos por año, con una incidencia: 4 casos x millón/año), llamando la atención un gran número de casos en Piribebuy. Esta es una ciudad de 23.281 habitantes, ubicada a 70 Km de la capital del país, caracterizada por sus cursos hídricos y cultivos de caña de azúcar.

Objetivo

Comunicar los casos de Pénfigo Foliáceo observados en Piribebuy en un periodo de 20 años (1991-2011) y determinar las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas.

Materiales y Método

Estudio observacional, descriptivo de corte transverso de una serie de pacientes con diagnóstico de Pénfigo Foliáceo Endémico y confirmación histológica. Se excluyen 6 casos que no poseen histología.

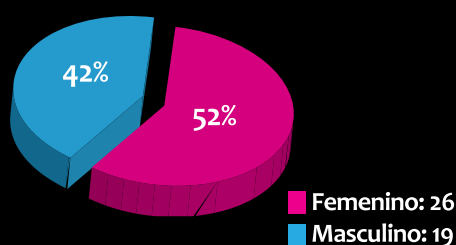


Resultados

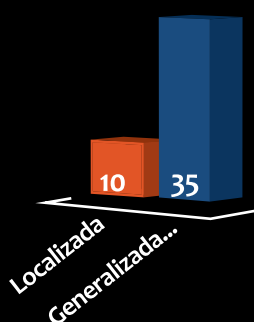
1. Total de pacientes con PFE: 45 (17 diagnosticados en el Centro de Salud y 28 en el Hospital Nacional).
2. Prevalencia 18 casos/10.000 hab.;
3. Incidencia 3,8 casos /10.000/año



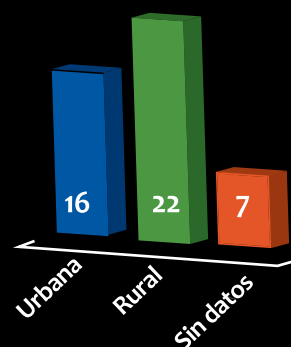
Distribución por sexo de pacientes con PFE
Piribebuy - 1991 -2011, n: 45



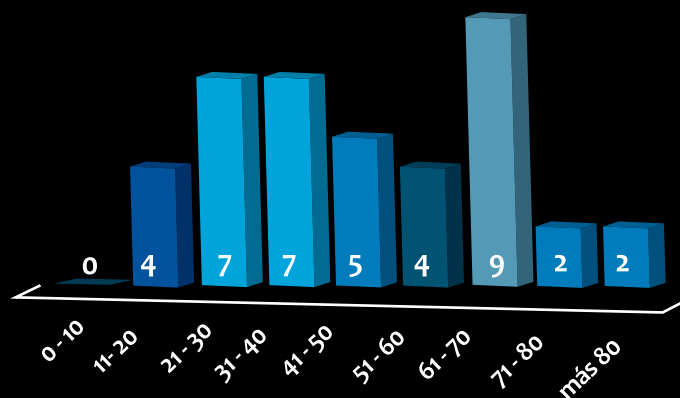
Formas clínicas de PFE.
Piribebuy 1991 - 2011, n: 45



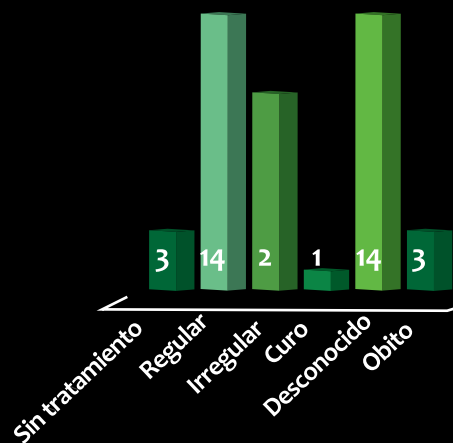
Procedencia de los pacientes con PFE
en el municipio de Piribebuy. 1991-2011. n: 45



Distribución por edad. Piribebuy-Hospital
Nacional. 1991-2011, n: 45



Evolución del paciente con PFE. Piribebuy-
Hospital Nacional. 1991-2011. n: 45



Conclusión

El PFE presenta una incidencia y prevalencia importantes en Piribebuy, donde se comprobaron las condiciones ambientales propicias para el desarrollo de la enfermedad. Son necesarios estudios inmunogenéticos para conocer mejor las características de este foco.

Bibliografía

1. Aldama A., et al. Pénfigo Foliáceo en Menores de 20 años. *Dermatol Pediatr Lat* 2002; 4(2):111-114.
2. Galarza C., et al. Pénfigo Foliáceo Endémico en el Perú. *Dermatol Perú* 2006;16(3): 214-219.
3. Silvestre MC, Netto JCA. Pénfigo Foliáceo Endémico. *An Bras Dermatol.* 2005; 80(3):261-6.
4. De Peña J, Ramos-Garibay A, Fernández G. Pénfigo eritematoso. Presentación de un caso con manifestación clínica inicial mínima. *Revista Centro Dermatológico Pascua* 2003;12,(2): 79-83.