

REPORTE DE CASO

## Paracoccidioidomycosis in a 16-year-old adolescent patient: a case report from Bolivia

### Paracoccidioidomycosis en paciente adolescente de 16 años: un reporte de caso en Bolivia

Carlos Alberto Paz-Román<sup>1</sup>  , Jhossmar Cristians Auza-Santivañez<sup>2</sup>  , Daniel Ramiro Elías Vallejos-Rejas<sup>3</sup>  , Diego Javier La Fuente Padilla<sup>4</sup>  , Marlon Carbonell González<sup>5</sup>  , Jose Luis Diaz-Guerrero<sup>6</sup>  , Leonel Rivero Castedo<sup>7</sup>  , Jaykel Evelio Gómez Triana<sup>8</sup>  

<sup>1</sup>Hospital de Niños Mario Ortiz. Clínica de las Américas. Santa Cruz, Bolivia.

<sup>2</sup>Ministerio de Salud y Deportes. Instituto Académico Científico Quispe-Cornejo. La Paz, Bolivia.

<sup>3</sup>Facultad de Medicina. Universidad Privada del Valle Bolivia. Santa Cruz, Bolivia.

<sup>4</sup>Clínica de las Américas. Santa Cruz, Bolivia.

<sup>5</sup>Hospital Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez. Unidad de Cuidados Intensivos. La Habana, Cuba.

<sup>6</sup>Seguro Social Universitario Tarija (SSUT). Servicio de Ecografía. Tarija, Bolivia.

<sup>7</sup>Hospital Municipal Dr. Julio Manuel Aramayo. Santa Cruz, Bolivia.

<sup>8</sup>Centro de Salud Nuestra Señora del Castillo. Sevilla, España.

**Citar como:** Paz-Román CA, Auza-Santivañez JC, Vallejos-Rejas DRE, La Fuente Padilla DJ, Carbonell González M, Diaz-Guerrero JL, et al. Paracoccidioidomycosis in a 16-year-old adolescent patient. A case report from Bolivia. Health Leadership and Quality of Life. 2025; 4:656. <https://doi.org/10.56294/hl2025656>

Enviado: 09-06-2024

Revisado: 02-01-2025

Aceptado: 27-05-2025

Publicado: 28-05-2025

Editor: PhD. Neela Satheesh 

Autor de correspondencia: Jhossmar Cristians Auza-Santivañez 

#### ABSTRACT

**Introduction:** paracoccidioidomycosis (PCM) is the most common systemic mycosis in Latin America.

**Case Report:** a 16-year-old female patient from Bolivia presented with a 6-month history of ulcerative nasal lesions and cervical lymphadenopathy. Initial histopathology suggested tuberculosis with a positive Ziehl-Neelsen stain. Direct KOH examination revealed characteristic “steering wheel” yeasts of *Paracoccidioides brasiliensis*. Antituberculosis treatment was discontinued and itraconazole was started with a favorable response.

**Conclusions:** juvenile paracoccidioidomycosis represents a significant diagnostic challenge due to its variable clinical presentation and its ability to mimic other more prevalent pathologies such as tuberculosis and lymphoproliferative syndromes. This case illustrates the importance of maintaining a high index of clinical suspicion in adolescent patients from endemic areas who present with lymphadenopathy and mucocutaneous lesions, especially when tuberculosis studies are negative. A broad differential diagnosis is important, as is the need for specific complementary testing in the event of clinical discrepancies. Direct mycological examination is crucial as a rapid and definitive diagnostic method for paracoccidioidomycosis.

**Keywords:** Paracoccidioidomycosis; *Paracoccidioides Brasiliensis*; Juvenile Tuberculosis.

#### RESUMEN

**Introducción:** la paracoccidioidomycosis (PCM) es la micosis sistémica más frecuente en América Latina.

**Reporte de caso:** paciente femenina de 16 años de Bolivia, consultó por cuadro de 6 meses con lesión ulcerosa nasal y adenopatías cervicales. La histopatología inicial sugirió tuberculosis con Ziehl-Neelsen positivo. El examen directo con KOH reveló levaduras características en “Rueda de timón” de *Paracoccidioides brasiliensis*. Se suspendió tratamiento antituberculoso e inició itraconazol con respuesta favorable.

**Conclusiones:** la paracoccidioomicosis juvenil representa un desafío diagnóstico significativo debido a su presentación clínica variable y su capacidad de simular otras patologías más prevalentes como la tuberculosis y los síndromes linfoproliferativos. Este caso ilustra la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica en pacientes adolescentes procedentes de áreas endémicas que presentan adenopatías y lesiones mucocutáneas, especialmente cuando los estudios para tuberculosis resultan negativos. Es de importancia un diagnóstico diferencial amplio, la necesidad de pruebas complementarias específicas ante discordancias clínicas y destaca el rol fundamental del estudio micológico directo como método diagnóstico rápido y definitivo en la paracoccidioomicosis.

**Palabras clave:** Paracoccidioomicosis; Paracoccidiooides Brasiliensis; Forma Juvenil Tuberculosis.

## INTRODUCCIÓN

La Paracoccidioomicosis (PCM) es una micosis sistémica profunda, granulomatosa y supurativa, causada por hongos dimórficos-térmicos del género *Paracoccidiooides* spp., principalmente por *Paracoccidiooides brasiliensis* y *Paracoccidiooides lutzii*.<sup>(1,2)</sup> Esta enfermedad, siendo endémica, es la micosis sistémica más frecuente en América Latina, siguiendo regiones subtropicales y tropicales, especialmente en áreas rurales asociadas a actividades agrícolas, mayormente relacionadas al rubro del café, caña y tabaco.<sup>(3,4)</sup> Se adquiere principalmente por la inhalación de conidios o fragmentos de hifas del hongo presentes en el ambiente, que se transforman en la fase levaduriforme, su forma patógena, al llegar a los pulmones; esta misma puede diseminarse a la mucosa buconasofaríngea, al sistema reticuloendotelial, la piel, los huesos y las vísceras.<sup>(5,6)</sup> Aunque la enfermedad primaria suele ser primaria y a menudo asintomática, la enfermedad puede manifestarse de forma aguda/subaguda (juvenil), crónica (adulta), o residual.<sup>(4,7)</sup>

En cuanto a la PCM de presentación cutánea y compromiso ganglionar, se puede afirmar que son de las manifestaciones extrapulmonares más importantes, las cuales pueden ser la razón principal de consulta. Las lesiones cutáneas se observan en un 8 a 10 % de los casos<sup>(8)</sup>, aunque otros reporten indican una frecuencia que varía entre el 19 %<sup>(5)</sup>, 25 %<sup>(6)</sup> o hasta un 61,2 % en la forma crónica de la enfermedad.<sup>(3)</sup> La piel se ve afectada, comúnmente, por diseminación hematógena del hongo desde los pulmones, o por extensión por contigüidad desde las lesiones en las mucosas, o son también, secundarias a la fistulización de ganglios, o en el menos común de los casos por inoculación directa o traumatismo.<sup>(1,4,9)</sup> La similitud de la presentación ganglionar de la PCM con otras enfermedades es un punto clave en el diagnóstico diferencial. Las adenopatías en PCM pueden confundirse con las observadas en la tuberculosis ganglionar o linfoma, siendo la tuberculosis la enfermedad más relacionada en el diagnóstico diferencial de la PCM, no siendo rara su coexistencia en aproximadamente en el 10 al 30 % de los casos.<sup>(1)</sup>

Se presenta el caso de una paciente adolescente con PCM de presentación cutáneo-linfática, cuyo diagnóstico inicial erróneo de tuberculosis ilustra la complejidad diagnóstica y la importancia de la sospecha clínica en zonas endémicas, y el correcto manejo de técnicas diagnósticas.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 16 años de edad, residente de Santa Cruz de la Sierra, acude por un cuadro clínico de aproximadamente seis meses de evolución. La historia inició con la aparición de una pequeña lesión en el ala nasal derecha, que creció progresivamente hasta convertirse en una lesión úlcero-costrosa. Simultáneamente, desarrolló adenopatías cervicales, siendo la de mayor tamaño en la región laterocervical derecha. El cuadro se acompañaba de astenia, hiporexia, pérdida de peso no cuantificada y episodios de tos seca intermitente. Al examen físico, la paciente se encontraba afebril y con signos vitales estables. En la piel del ala nasal derecha se observó una lesión úlcero-costrosa de base infiltrada de aproximadamente 2 cm de diámetro (figura 1A). A la palpación cervical, se evidenciaron múltiples adenopatías, la mayor de ellas en la cadena cervical derecha, de aproximadamente 3x5 cm, de consistencia firme, móvil, no adherida a planos profundos, no dolorosa y sin signos flogísticos (figura 1B).

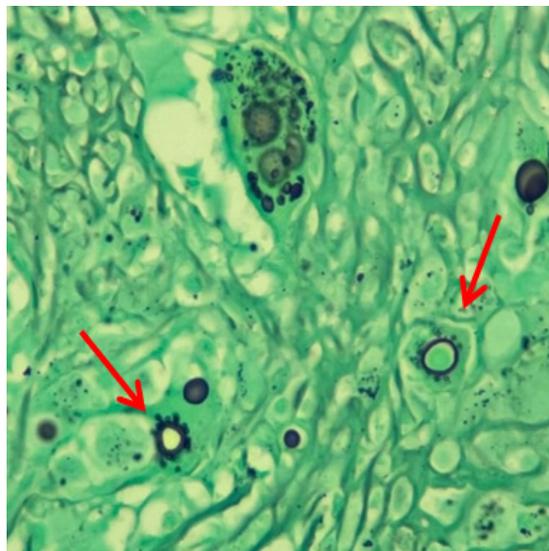
Inicialmente, fue evaluada por un cirujano pediatra el cual realizó una exéresis de un ganglio cervical derecho y se realizó un estudio histopatológico el cual describió el parénquima de ganglios linfáticos reemplazado por un proceso inflamatorio con reacción granulomatosa crónica, células gigantes tipo Langhans y tinción de Ziehl-Neelsen positiva (+++), concluyendo un resultado “compatible con Linfadenitis crónica granulomatosa tuberculosa”. Un estudio posterior de inmunohistoquímica sobre los mismos bloques de parafina reportó positividad para CD68 y CD163 y “Micobacterio positivo débil”, siendo interpretado como “compatible con un proceso inflamatorio crónico granulomatoso de tipo tuberculoso”. Debido a la discordancia entre la lesión cutánea y el diagnóstico de TB, la paciente fue reevaluada. Se solicitaron pruebas complementarias para descartar definitivamente una infección por *M. tuberculosis*. La prueba de derivado proteico purificado (PPD)

resultó en 0,0 mm de induración y la prueba de liberación de interferón-gamma (QuantiFERON-TB Gold Plus) fue “NEGATIVA”. Además, la radiografía de tórax postero anterior no mostró infiltrados ni lesiones compatibles con TB pulmonar activa.



**Figura 1.** (A) lesión en el ala nasal derecha. (B). Adenopatía con ganglios linfáticos mayores a 3 cm de diámetro

Ante la alta sospecha de una micosis sistémica, se tomó una muestra de la lesión mucosa nasal para estudio micológico. El examen microscópico directo con hidróxido de potasio (KOH), realizado por el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP) el cual dio el diagnóstico definitivo, se observaron levaduras de pared gruesa, birrefringente, con múltiples gemaciones periféricas, configurando la imagen patognomónica de “rueda de timón” o “timón de barco” (figura 2), identificando al agente como *Paracoccidioides brasiliensis*. El cultivo micológico resultó negativo tras dos semanas de incubación. Con estos hallazgos, se estableció el diagnóstico final de Paracoccidioidomicosis, forma subaguda (juvenil), con compromiso cutáneo y linfático. Se inició terapia específica con Itraconazol oral 200 mg/día. La paciente mostró una evolución clínica favorable tras el inicio del tratamiento antifúngico en pocos días.



**Figura 2.** Biopsia ganglionar y valoración anatomopatológica muestra un proceso inflamatorio crónico granulomatoso y se observan hongos en forma de “timón de barco” fecha roja característico de la PCC

## DISCUSIÓN

Aunque la PCM es prevalente en la población adulta, especialmente entre los 30 y 60 años<sup>(7)</sup>, la forma juvenil (aguda o subaguda) representa entre el 5 % y 25 % de los casos<sup>(11)</sup> y se presenta en niños, adolescentes y adultos jóvenes, generalmente menores de 30 años.<sup>(4,7)</sup> En contraste con la forma crónica del adulto, donde las manifestaciones pulmonares y mucocutáneas son prominentes, la forma juvenil se caracteriza por un curso más rápido y agresivo, con un predominio del compromiso del sistema reticuloendotelial, manifestado por linfadenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia y disfunción de la médula ósea.<sup>(10)</sup> Nuestro caso clínico

tiene relevancia debido a la infrecuencia de la forma juvenil de la enfermedad y su presentación en el sexo femenino, lo cual desafía las características epidemiológicas y clínicas clásicamente descritas para la PCM en adultos.<sup>(10)</sup>

La presencia simultánea de lesiones cutáneas visibles en la región nasal representa una manifestación poco habitual en esta forma clínica, y sugiere una presentación atípica dentro del espectro juvenil de la paracoccidiodomicosis. A esto se suma la presencia de síntomas respiratorios, sugestivos de afectación pulmonar clínica, un hallazgo que, si bien puede estar presente, es menos frecuentemente reportado de manera manifiesta en la forma aguda/subaguda, en la que predominan los hallazgos extrapulmonares. Un aspecto distintivo de este caso es la presentación en una paciente femenina. Se ha postulado que las hormonas femeninas, como el 17-beta estradiol, ejercen un efecto inhibitorio sobre la transformación del hongo de conidio a levadura, lo cual es esencial para el inicio de la infección, explicando la menor incidencia en mujeres adultas.<sup>(12)</sup> Si bien la PCM es marcadamente más frecuente en hombres con relaciones que van de 9:1 hasta 45:1 en la forma adulta crónica,<sup>(1)</sup> para la forma subaguda o aguda tiende a distribuirse de manera más equitativa entre los géneros.<sup>(9)</sup> En los niños no se observa una diferencia significativa donde la relación hombre-mujer es de aproximadamente 1:1<sup>(1)</sup>; sin embargo la influencia hormonal de los estrógenos en la pubertad comienza a generar el predominio masculino típico de la forma adulta, potenciando la atipicidad del caso.<sup>(4)</sup>

Las lesiones mucocutáneas en la PCM son frecuentes, llegando a ser un motivo de consulta frecuente, afectando entre el 40 a 60 % de los pacientes; donde se observan úlceras dolorosas con aspecto granuloso y puntos hemorrágicos (estomatitis moriforme) en la mucosa oral<sup>(1,2,6)</sup>, como también suelen afectar con lesiones cutáneas como pápulas, nódulos, úlceras y verruga, a nivel nasal, siendo de evolución lenta y asintomáticas.<sup>(12)</sup> En esta paciente, el compromiso mucocutáneo y linfático se asemeja a las descripciones en la literatura, destacando la variabilidad de la presentación de la enfermedad.<sup>(2,7)</sup> Y aunque, el compromiso pulmonar es raro en la forma juvenil, la PCM es primariamente una infección pulmonar.<sup>(5,8,10)</sup> La posibilidad de la afectación pulmonar silente en la paciente, y a pesar de la ausencia de síntomas respiratorios prominente, donde la infección de forma juvenil suele ser asintomática, es consistente con hallazgos en estudios donde hasta el 89 % de pacientes con lesiones extrapulmonares tenía patología pulmonar demostrable radiológicamente. El polimorfismo que presenta la PCM hace que su diagnóstico diferencial sea un desafío, ya que puede simular diversas condiciones patológicas, incluyendo neoplasias, como carcinomas, espinocelular, faríngeo u oral; y procesos sistémicos agudos tipo leucemia o linfomas.<sup>(9,13)</sup> Así como enfermedades granulomatosas y diversas infecciones, tales como leishmaniasis, actinomicosis, blastomicosis, coccidiodomicosis, sífilis, lepra, mucormicosis, sarcoidosis, lepra.<sup>(2,12,13,14)</sup> La tuberculosis es el diagnóstico diferencial más frecuente, esto debido a la semejanza de sus presentaciones clínicas y radiológicas, además de reportes que evidencian la coexistencia de PCM y tuberculosis, entre el 10 a 30 % de los casos;<sup>(1)</sup> otras fuente afirman rangos de 5.5 a 19 %.<sup>(15)</sup> Y en las forma juveniles a menudo se confunde con síndromes linfoproliferativos, como leucemia o linfomas, debido a la marcada linfadenopatía y hepatoesplenomegalia.<sup>(8,9)</sup>

El diagnóstico definitivo de PCM se establece mediante exámenes de laboratorio, siendo la microscopía directa de muestras clínicas, el método más rápido y específico.<sup>(3,8)</sup> Donde la observación de levaduras esféricas u ovaladas de doble pared con gemación múltiple, en forma de “rueda de timón” o cabeza de “Mickey Mouse”, es patognomónica. El estudio histopatológico de las biopsias revela granulomas con la presencia característica del hongo. Los cultivos confirman el aislamiento del hongo, aunque su crecimiento es lento. Las pruebas serológicas, como la inmunodifusión en el gel de agar, y la fijación del complemento, son útiles para el diagnóstico y seguimiento.<sup>(6,11)</sup> El tratamiento es fundamental para controlar la enfermedad y prevenir secuelas.<sup>(4)</sup> Las sulfas fueron las primeras drogas efectivas, actualmente es el itraconazol, siendo el tratamiento de primera línea para las formas leves a moderada.<sup>(1,8)</sup> Para las formas graves o diseminadas, la anfotericina B es la elección, seguida de la fase de mantenimiento con azoles o clotrimazol, siendo el tratamiento prolongado de meses a años para evitar recaídas.<sup>(6,8)</sup> En niños el trimetropin-sulfametoxazol es usado comúnmente por su eficacia y disponibilidad.<sup>(9,13)</sup>

La rareza de la PCM juvenil, especialmente en el sexo femenino y su capacidad de mimetizar otras patologías más comunes, como la tuberculosis o los linfomas, resaltan la importancia de una alta sospecha clínica en pacientes provenientes de zonas endémicas, incluso con presentaciones atípicas. La documentación detallada de este caso, con su evolución clínica y la confirmación diagnóstica, es una fortaleza que contribuye al conocimiento de esta micosis. La principal lección aprendida es la necesidad de considerar la PCM en el diagnóstico diferencial de síndromes linfoproliferativos y tuberculosis en la población pediátrica y adolescente de áreas endémicas, para asegurar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, lo que puede prevenir un compromiso multisistémico y fatal.

## CONCLUSIONES

La paracoccidiodomicosis juvenil representa un desafío diagnóstico significativo debido a su presentación clínica variable y su capacidad de simular otras patologías más prevalentes como la tuberculosis y los síndromes

linfoproliferativos. Este caso ilustra la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica en pacientes adolescentes procedentes de áreas endémicas que presentan adenopatías y lesiones mucocutáneas, especialmente cuando los estudios para tuberculosis resultan negativos. La presentación de una paciente femenina de 16 años con compromiso cutáneo y linfático simultáneo constituye una manifestación atípica dentro del espectro de la forma juvenil, enfatizando el polimorfismo clínico de esta micosis sistémica. La confirmación diagnóstica mediante la observación microscópica directa de las características levaduras con gemación múltiple en “rueda de timón” permitió el inicio oportuno del tratamiento antifúngico específico, resultando en una evolución clínica favorable. Este caso refuerza la importancia del diagnóstico diferencial amplio, la necesidad de pruebas complementarias específicas ante discordancias clínicas y destaca el rol fundamental del estudio micológico directo como método diagnóstico rápido y definitivo en la paracoccidiodomicosis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMC. Paracoccidiodomicosis. *Acta Med Colomb.* 1978;3(1):33-66. <https://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/4072>
2. Basterreix KP, Michelena M de LÁ, Garritano MV, Arena G, Maradeo R, Alves E, et al. Paracoccidiodomicosis. A propósito de un caso. *Archivos Argentinos derma.* 2016;66(2):53-7. <http://sd-1617202-h00001.ferozo.net/66marzo-abril/>
3. Brummer E, Castaneda E, Restrepo A. Paracoccidiodomycosis: an update. *Clin Microbiol Rev.* 1993;6(2):89-117. <http://dx.doi.org/10.1128/CMR.6.2.89>
4. Cordova LA, Torres J. Paracoccidiodomycosis. En: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563188/>
5. Ana LCA, Angela RM, ilia Franco R I. Paracoccidiodomicosis: coexistencia de lesiones extrapulmonares y patología pulmonar silente: *Acta Med Colomb.* 1991;16(6):304-208. <https://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/4147>
6. Delgado Molina MM, Gerez EM, Dauria F, Arena GL, Maradeo MR. Paracoccidiodomicosis crónica multifocal. *Dermatol Argent.* 2024;30(2):89-91. <http://dx.doi.org/10.47196/da.v30i2.2434>
7. Choque Barrera M, Suárez Barrientos EL, Calderón Lopez ME. Paracoccidiodomicosis, a propósito de un caso. *Gac médica boliv.* 2015;38(1):30-3. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662015000100008](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662015000100008)
8. Mendes RP, Cavalcante R de S, Marques SA, Marques MEA, Venturini J, Sylvestre TF, et al. Paracoccidiodomycosis: Current perspectives from Brazil. *Open Microbiol J.* 2017;11:224-82. <http://dx.doi.org/10.2174/1874285801711010224>
9. Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Queiroz-Telles F de, Kono ASG, Paniago AMM, et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidiodomycosis. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2017;50(5):715-40. <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0230-2017>
10. Borges-Walmsley MI, Chen D, Shu X, Walmsley AR. The pathobiology of *Paracoccidioides brasiliensis*. *Trends Microbiol.* 2002;10(2):80-7. [http://dx.doi.org/10.1016/s0966-842x\(01\)02292-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0966-842x(01)02292-2)
11. Vinasco-Sánchez LG, Orozco-Arroyave AM, Salazar-Hernandez JA, Mosquera DM, Cardona-Deaza JL, Loaiza-Cardona LM. Paracoccidiodomicosis diseminada en una niña de 10 años: a propósito de un caso. *Infectio.* 2024;250-3. <http://dx.doi.org/10.22354/24223794.1204>
12. Guzmán RA. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento.* Ciudad de México, México: McGraw-Hill Interamericana S.A; 2019.
13. Ramos-E-Silva M, Saraiva L do ES. Paracoccidiodomycosis. *Dermatol Clin.* 2008;26(2):257-69, vii. <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2007.11.005>
14. Chaves AFA, Navarro MV, de Barros YN, Silva RS, Xander P, Batista WL. Updates in *Paracoccidioides* biology and genetic advances in fungus manipulation. *J Fungi (Basel).* 2021;7(2):116. <http://dx.doi.org/10.3390/>

jof7020116

15. Quagliato Júnior R, Grangeia T de AG, Massucio RA de C, De Capitani EM, Rezende S de M, Balthazar AB. Association between paracoccidioidomycosis and tuberculosis: reality and misdiagnosis. J Bras Pneumol. 2007;33(3):295-300. <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37132007000300011>

#### **CONSENTIMIENTO**

Para la realización de este trabajo se obtuvo el consentimiento del paciente.

#### **FINANCIACIÓN**

Los autores no recibieron financiación para la aplicación del presente estudio.

#### **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

#### **CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA**

*Conceptualización:* Carlos Alberto Paz-Román, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez.

*Curación de datos:* Carlos Alberto Paz-Román.

*Análisis formal:* Carlos Alberto Paz-Román, Jaykel Evelio Gómez Triana.

*Investigación:* Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Carlos Alberto Paz-Román.

*Metodología:* Jhossmar Cristians Auza-Santivañez.

*Administración del proyecto:* Carlos Alberto Paz-Román.

*Recursos:* Diego Javier La Fuente Padilla.

*Supervisión:* Jaykel Evelio Gómez Triana.

*Validación:* Marlon Carbonell González.

*Visualización:* Marlon Carbonell González.

*Redacción - borrador original:* Carlos Alberto Paz-Román, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Daniel Ramiro Elías Vallejos-Rejas, Diego Javier La Fuente Padilla, Marlon Carbonell González, Jose Luis Diaz-Guerrero, Leonel Rivero Castedo, Jaykel Evelio Gómez Triana.

*Redacción - revisión y edición:* Carlos Alberto Paz-Román, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Daniel Ramiro Elías Vallejos-Rejas, Diego Javier La Fuente Padilla, Marlon Carbonell González, Jose Luis Diaz-Guerrero, Leonel Rivero Castedo, Jaykel Evelio Gómez Triana.