

Coccidioidomycosis sistémica con manifestación cutánea en un paciente trasplantado renal

Coccidioidomycosis with cutaneous manifestations in a kidney transplanted patient

PATRICIA CHANG,* JUAN RICARDO MORENO,** VÍCTOR FERNÁNDEZ.***

*Dermatóloga, **Residente I, ***Patólogo

Hospital General de Enfermedades, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

RESUMEN

SE REPORTA EL CASO DE UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL CON COCCIDIODOMICOSIS SISTÉMICA CUYO DIAGNÓSTICO SE REALIZÓ A TRAVÉS DE LA LESIÓN CUTÁNEA, FAVORECIDA POR SU INMUNODEPRESIÓN Y POR VIVIR EN UN ÁREA ENDÉMICA EN EL DEPARTAMENTO EN EL PROGRESO, GUATEMALA.

PALABRAS CLAVE: COCCIDIODOMICOSIS, COCCIDIOIDES IMMITIS, TRASPLANTE RENAL

ABSTRACT

WE REPORT A CASE OF A KIDNEY TRANSPLANTED PATIENT, IN WHICH DIAGNOSIS OF SYSTEMIC COCCIDIOMYCOSIS WAS DONE IN A SKIN LESION. THIS PATIENT LIVES IN AN ENDEMIC AREA OF COCCIDIOMYCOSIS IN GUATEMALA.

KEY WORDS: COCCIDIOMYCOSIS, COCCIDIOIDES IMMITIS, KIDNEY TRANSPLANT

Caso clínico

Paciente masculino, 25 años de edad, originario y residente en El Progreso, Guatemala, trasplantado renal seis meses antes y con tratamiento de prednisona 5 mg/día y tacrolimus 2 mg/día. Presenta dermatosis localizada en la cara, de la que afecta surcos nasolabiales con predominio en el lado derecho y región malar izquierda, y constituida por tres nódulos con costra sanguínea central (Figura 1). Resto del examen físico: palidez generalizada, mal estado general y fiebre.

Inició su padecimiento dos meses antes con aparición de una bolita cerca del labio, asintomática, que poco a poco fue aumentando de tamaño hasta su estado actual; posteriormente le aparecieron las otras dos, motivo por el cual fue enviado del servicio de nefrología para su evaluación.

Este paciente había sido hospitalizado, antes de la aparición de sus lesiones de piel, por presentar un cuadro respiratorio agudo acompañado de fiebre y mal estado general, por lo cual estuvo en cuidados intensivos por sospecha de

tuberculosis pulmonar vs. micosis pulmonar. Entonces recibió tratamiento a base de antifúngicos, fluconazol y múltiples antibióticos; el cuadro respiratorio mejoró pero el paciente continuó con fiebre y permaneció hospitalizado para su estudio en el servicio de trasplante renal.

Con estos datos clínicos se hizo el diagnóstico de histoplasmosis cutánea y se realizó biopsia de piel, cultivo para hongos de la biopsia cutánea y placa de tórax. La histología mostró una epidermis sin cambios, y a nivel de dermis me-



Figura 1. Nódulo con costra sanguínea en surco nasolabial.

CORRESPONDENCIA:

Hospital Ángeles,
2 Av., 14-74, zona 1, 01001, Guatemala, CA.
pchang@intelnet.net.gt

dia y profunda, la presencia de un infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso con la presencia de esférulas, que con la tinción de PAS se hacen más evidentes (Figuras 2 y 3); en el cultivo de la biopsia de piel se aisló *Coccidioides immitis*.

La radiografía de tórax mostró como dato importante un patrón alveolonodular denso en ambos campos pulmonares, diseminados difusamente; además, en ambos lóbulos inferiores se manifiestan zonas de consolidación neumónica sin evidencia de derrame pleural (Figura 4).

Se hizo el diagnóstico de coccidioidomicosis sistémica con manifestación cutánea y se inició tratamiento con itraconazol 200 mg diarios. La fiebre desapareció a las 48 horas de instituido el tratamiento, que actualmente dura ya dos meses; las lesiones cutáneas han desaparecido y el paciente continúa afebril, ha ganado peso y mejorado su estado general.

El paciente es originario y residente en un área endémica de coccidioidomicosis, favorecida por su inmunodepresión secundaria a trasplante renal.

Comentario

La coccidioidomicosis es una micosis sistémica causada por el hongo dimórfico *Coccidioides immitis* encontrado en la tierra y endémico en el sureste de Estados Unidos, norte de México, porciones de Centro y Sudamérica. Se caracteriza por infectar primordialmente el pulmón y en su forma diseminada puede afectar piel, tejido celular subcutáneo, linfáticos, huesos, vísceras y sistema nervioso central.^{1, 2}

El hongo se adquiere por inhalación de las arthroesporas del suelo,^{1, 2, 3} y es el más virulento de los hongos que ocasionan micosis en el ser humano.³ En individuos sanos actúa como un patógeno primario, y en pacientes con inmunodepresión como oportunista.^{2, 3} Hay cierto tipo de población que tiene más riesgo de padecer enfermedad extrapulmonar diseminada a partir del pulmón, como los pacientes con sida, bajo tratamiento con esteroides o con quimioterapia para trasplante de órganos y malignidades, y en el segundo y tercer trimestre del embarazo.⁴

Puede afectar a los dos性os, y las formas graves predominan en individuos de origen afroamericano; su periodo de incubación puede ser de una a cuatro semanas.³ En nuestro medio hay áreas endémicas, como Escuintla, Tiquisate, El Progreso, Zacapa y Totonicapán.⁵

Hay varias clasificaciones de la enfermedad, pero nos parece más comprensible la descrita por Bonifaz, quien la divide en forma primaria, que puede manifestarse en pulmón (98%) y piel (2%); la forma secundaria, además de

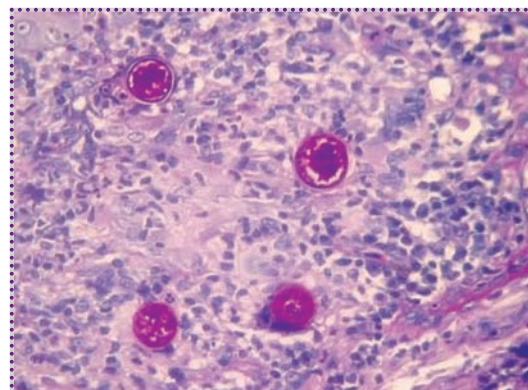


Figura 2. Con hematoxilina y eosina se aprecia un infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso con presencia de esférulas.

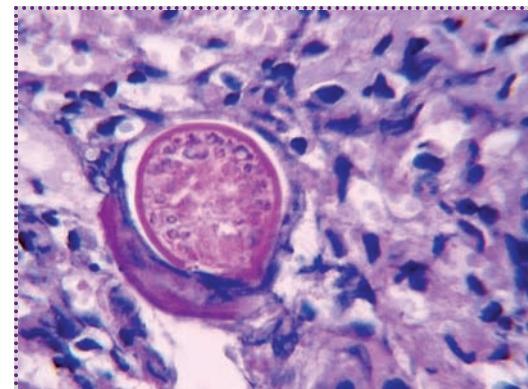


Figura 3. Con la tinción de PAS se ve con mayor detalle la esférula.

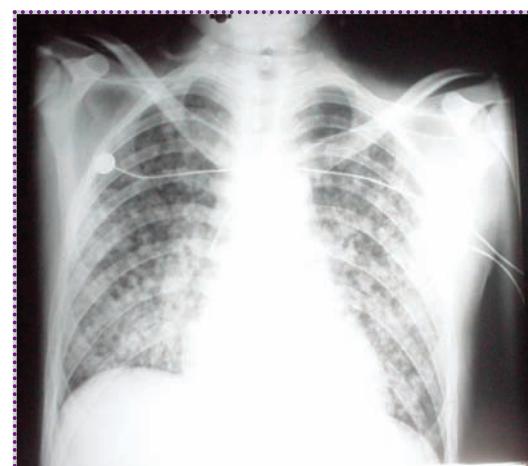


Figura 4. Radiológicamente se aprecia en ambos campos pulmonares un patrón alveolonodular, diseminado difusamente y a nivel de ambos lóbulos, zonas de consolidación neumónica.

afectar el pulmón en forma persistente, puede diseminarse a la piel y generalizarse.²

La forma cutánea primaria de la enfermedad es rara, y puede adquirirse después de un trauma o tener un cuadro similar al de una esporotricosis linfangítica.^{1, 2, 3}

La mayor parte de los casos de coccidioidomycosis cutánea son resultado de la diseminación de un foco pulmonar.⁶ A nivel primario pulmonar puede manifestarse en forma asintomática (60-75%) o sintomática (25-40%), y ésta puede aparecer como un estado gripal banal. En las formas crónicas puede haber formación de nódulos (5%), cavidades (5%), neumonía, adenopatías hiliares y mediastinales, forma miliar, fibronodular, o puede acompañarse de dolores articulares y manifestaciones cutáneas inespecíficas, como el eritema nodoso, eritema multiforme o eritema tóxico.^{1, 2, 3, 4}

La coccidioidomycosis cutánea primaria es rara en la literatura. Hay veinte casos reportados y son el resultado de un trauma en un área endémica o inoculación en el laboratorio o por autopsia. El periodo de incubación en esta forma de la enfermedad puede ser de una a tres semanas.⁷

Chang y colaboradores reportan criterios diagnósticos para coccidioidomycosis primaria: 1. Ausencia de historia de enfermedad pulmonar; 2. Clara historia de inoculación traumática. 3. Corto periodo de incubación de una a tres semanas antes de la lesión visible. 4. Lesión inicial chancri-forme o nódulo ulcerado indoloro o placa con ulceración central. 5. Reacción de precipitina a coccidioidina positiva. 6. Respuesta a la inyección intracutánea de coccidioidina positiva con aumento en la sensibilidad. 7. Reacción de fijación de complemento inicialmente negativa por algunas semanas y tardíamente títulos bajos, a no ser que la inmunidad tarde en desarrollarse. 8. Puede desarrollarse adenitis o linfangitis, como en la esporotricosis. Y 9. Curación espontánea de la lesión en pocas semanas. Clínicamente puede manifestarse con patrón de esporotricosis linfangítica, abscesos, nódulos, úlcera, osteomielitis, pápulas necróticas, placas y tractos sinuosos.⁶

La forma cutánea secundaria viene de un foco pulmonar por diseminación hematogena y es el sitio más común de enfermedad diseminada; sus manifestaciones clínicas

son variadas: pápulas, placas verrugosas o vegetantes, abscesos, pústulas, lesiones granulomatosas, úlceras con o sin tracto sinuoso, gomas, úlceras, localizadas más comúnmente a nivel ganglionar, en cuello, axilas e ingle.^{2, 3, 4}

Otros sitios afectados son el sistema nervioso central, huesos, articulaciones, hígado, bazo, ganglios, ojos, tiroides, laringe, tracto genitourinario, riñón y útero.^{2, 3, 4} La forma más letal de la enfermedad ocurre en el sistema nervioso central en forma de meningitis.⁴ El diagnóstico se basa en los datos clínicos, examen directo, cultivo del hongo, pruebas de intradermoreacción.^{1, 2, 4, 6}

El tratamiento es a base de anfotericina B, 0.5-0.7 mg/kg de peso sin sobrepasar la dosis de 1 a 3 gr, itraconazol y fluconazol, 200 a 400 mg/día.^{1, 2, 3, 4} La cutánea primaria tiene excelente pronóstico, puede curar espontáneamente sin tratamiento, o de ser necesario, con la remoción de la lesión.⁶

El presente caso es el segundo de coccidioidomycosis en un paciente postrasplante renal con enfermedad pulmonar y cutánea, que reside en un lugar endémico de esta micosis en el país. El primero se manifestó como una lesión ulcerada en el abdomen de una paciente sin compromiso sistémico que visitó un área endémica (Esquipulas).⁸ Entre 282 pacientes trasplantados renales, hemos tenido oportunidad de ver coccidioidomycosis en dos (0.70% de los casos).

Referencias

1. DiCudo, David J, Connolly, Suzanne M. *Interstitial granulomatous dermatitis associated with pulmonary coccidiomycosis*. J Am Acad Dermatol 2001; 45 (6): 1-11
2. Bonifaz A. *Micología médica básica*. Méndez Editores, México 2000: 237-255
3. Arenas R. *Dermatología médica ilustrada*. Interamericana McGraw-Hill, México 2003: 155-161
4. Chiller TM, Galgiani JN, Stevens DA. *Coccidioidomycosis*. Infectious Disease Clinics of North America 17 (2003) 41-57
5. Logemann Lima H. *Manual práctico de micología médica*. Bayer, Guatemala 1998: 102-108
6. Chang A, Tung RC, Mcgillis TS, Bergfeld W, Taylor JS. *Primary cutaneous coccidiomycosis*. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 944-949
7. Wilson JW, Smith CE, Plunkett OA. *Primary cutaneous coccidioidomycosis: criteria for diagnosis and report of a case*. Calif Med 1953; 79: 233-239
8. Chang P, Logemann H, Fernández V. *Ulceración cutánea en una paciente trasplantada renal*. Piel 1998; 13: 101-102