



Localizador: 12057

Lesiones cutáneas moluscoïdes en paciente con VIH no conocido

Molluscum-like skin lesions in unknown HIV patient

Marisol Contreras-Steyls,* Francisco Vilchez,* Blanca Moyano,* Enrique Herrera*

Palabras clave:

Cryptococcosis, VIH,
immunosupresión.

Key words:

Cryptococcosis, HIV,
immunodepressed.

RESUMEN

La criptococosis es una infección oportunista causada por el hongo *Cryptococcus neoformans*. Es una enfermedad definitoria de SIDA que suele iniciarse en el parénquima pulmonar en forma de neumonía. En los pacientes con inmunosupresión, la infección puede diseminarse vía hematogena a otros órganos, principalmente al sistema nervioso central y piel. Las lesiones cutáneas secundarias aparecen entre un 10-20% de los casos, suelen tener un aspecto clínico similar al *molluscum contagiosum* y se conoce como criptococosis cutánea secundaria.

ABSTRACT

Cryptococcosis is an opportunistic infection caused by Cryptococcus neoformans and usually starts in the lung parenchyma as pneumonia. In immunodepressed patients the infection can spread hematogenously to other organs, mainly the central nervous system and skin. Secondary skin lesions occur in 10-20% of cases, usually have a clinical appearance similar to molluscum contagiosum and are known as secondary cutaneous cryptococcosis.

La criptococosis es una infección oportunista causada por *Cryptococcus neoformans*, un hongo encapsulado que se encuentra en excrementos de aves, en los vegetales y en la tierra.¹ Es una enfermedad definitoria de SIDA.² Suele iniciarse en el parénquima pulmonar en forma de neumonía más o menos extensa que puede originar cavitaciones y derrames pleurales, pero puede diseminarse vía hematogena a otros órganos, entre ellos la piel.

CASO CLÍNICO

Varón de 43 años, politoxicómano y promiscuo, proveniente de un ambiente rural donde convivía con cerdos y cabras. Acudió al Servicio de Urgencias por cefalea, visión borrosa y vómitos de un mes de evolución.

Pruebas complementarias. Se practicaron exhaustivos estudios de laboratorio que mostraron cifras de leucocitos de 7,300 mm² con linfocitosis de 370 (N: 20.7-41.7%), así como elevación en los niveles de amilasa (493 UI/L, N: 25-115) y GGT séricas (137 UI/L, N: 9-69). Se practicó radiografía de tórax que mostró condensación en base pulmonar derecha e

infiltrado difuso tipo miliar. La tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo no mostró alteraciones significativas; sin embargo, el estudio del fondo de ojo mostró papiledema. Se tomaron muestras para la realización de serología, hemocultivos y estudio citológico y cultivo del líquido cefalorraquídeo (LCR).

Además, el paciente refirió la aparición de lesiones cutáneas faciales asintomáticas de unos dos meses de evolución, por lo que se realizó interconsulta al Servicio de Dermatología. A la exploración física se apreciaron múltiples lesiones papulosas con centro umbilicado, de 3-5 mm de tamaño y coloración rosada, distribuidas en mejillas, frente y región nasal (*Figura 1*). Se tomaron varios punch-biopsias para el estudio histopatológico.

Ante estos hallazgos se procedió al ingreso hospitalario del paciente para continuar estudio.

Se confirmó positividad para VIH en la serología siendo los marcadores hepáticos negativos. En los hemocultivos se aisló *Cryptococcus neoformans*, siendo el título de antígeno en suero 1/1.024. El LCR de la punción lumbar presentó un aspecto claro, tinción en tinta china positivo y antígeno criptococócico de 1/512. El estudio histopatológico de la biopsia cutánea mostró un denso infiltrado que ocupaba toda

* Servicios de Dermatología.
Hospital Regional La Línea de la Concepción, Cádiz, y Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Recibido:
12/Noviembre/2012.
Aceptado:
21/Julio/2014.





Figura 1. Múltiples lesiones papulosas con centro umbilicado, de 3-5 mm de tamaño y coloración rosada, distribuidas en región nasal (A) y mejillas (B).

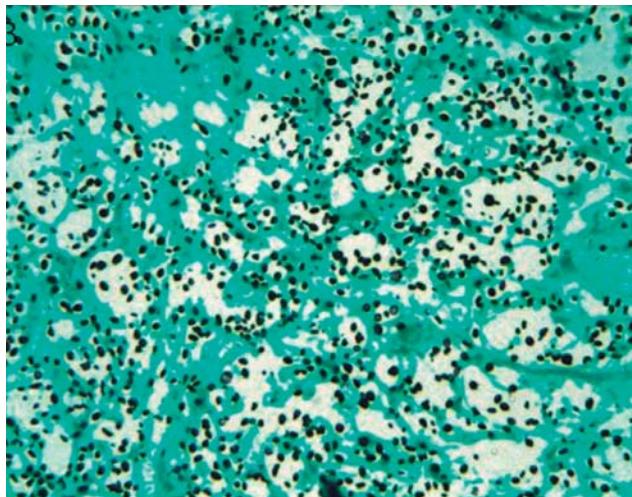


Figura 3. En la tinción de Giemsa y plata se pueden observar con nitidez las formaciones levaduriformes.

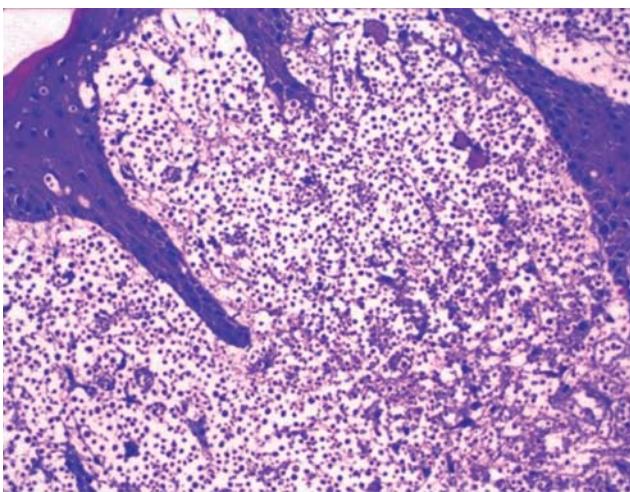


Figura 2. El estudio histopatológico de la biopsia cutánea mostró un denso infiltrado que ocupaba toda la dermis llegando hasta nivel subcutáneo, y que estaba compuesto por múltiples formaciones redondeadas levaduriformes.

la dermis llegando hasta nivel subcutáneo, y que estaba compuesto por múltiples formaciones redondeadas levaduriformes (Figura 2). En la tinción de Giemsa y plata se pueden observar con nitidez dichas formaciones (Figura 3).

Diagnóstico y evolución. En base a estos hallazgos clínicos, analíticos e histopatológicos llegamos al diagnóstico

de criptococosis diseminada con criptococomas cutáneos en paciente VIH positivo.

A los cinco días de su ingreso el paciente sufrió un rápido empeoramiento en su estado general, presentando hematemesis, posterior shock hipovolémico y éxitus, sin haber podido aplicar tratamiento para la criptococosis o para el VIH.

COMENTARIO

Las lesiones cutáneas secundarias de criptococosis aparecen entre un 10-20% de los casos y suelen tener un aspecto clínico similar al *molluscum contagiosum* conociéndose como criptococosis cutánea secundaria.⁴⁻⁶ En el otro extremo tenemos la criptococosis cutánea primaria (CCP), que es más rara y se debe a la inoculación directa del hongo, normalmente en zonas expuestas. Su diagnóstico se basa en tres principios:

- 1) Lesión limitada a la piel,
- 2) Cultivo del hongo en la muestra cutánea
- 3) No evidencia de afectación extracutánea por *C. neoformans* en las cuatro semanas después del diagnóstico de CCP.^{7,8}

El tratamiento de elección en la fase de inducción es la combinación de anfotericina-B y 5-flucitosina durante 14 días, seguido de una fase de consolidación con fluconazol durante ocho semanas y posteriormente una fase de tratamiento supresor con fluconazol 200 mg/día

de forma indefinida o hasta la recuperación del sistema inmunológico.⁹

CONCLUSIONES

En caso de que se diagnostique infección cutánea por criptococo en un paciente inmunodeprimido, debe excluirse

siempre la posibilidad de afectación sistémica, ya que se trata de una enfermedad potencialmente mortal si no se instaura tratamiento de forma precoz.

Correspondencia:

Dra. Marisol Contreras Steyls

E-mail: torosmar1@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Revenga F, Paricio JF, Nebreda T. Criptococosis. *Piel*. 2001; 16: 329-3234.
2. Chang P. Nódulos costrosos faciales. *Piel*. 2002; 17: 183-184.
3. Santos I, González-Ruano P, Sanz J. Linfocitopenia T CD4+ idiopática asociada a criptococosis diseminada. *Rev Clin Esp*. 2002; 202: 517-521.
4. Müller CS, Schmaltz R, Vogt T. Secondary cutaneous cryptococcosis mimicking a malignant ulcerated tumor of the facial skin in a immunosuppressed patient. *Eur J Dermatol*. 2010; 20: 657-658.
5. Ruiz R, Blasco J, Hernández I. Criptococosis cutánea en un paciente VIH+. *FMC*. 2003; 10: 420-425.
6. Sharma A, Aggarwal S, Sharma V. Molluscum-like lesions in cryptococcal meningitis. *Inter Emerg Med*. 2011; 6: 181-182.
7. Ballesteros M, García I, Daudén E, Sánchez-Pérez J, Iscar T, Fraga J et al. Criptococosis cutánea primaria asociada a oncotoraxia en un paciente inmunodeprimido. *Actas Dermosifiliogr*. 2004; 95: 574-577.
8. Tan WP, Tan SH, Tan AW. An extensive painful leg ulcer in a patient with rheumatoid arthritis. Primary cutaneous cryptococcosis. *Clin Exp Dermatol*. 2010; 35: 46-47.
9. Aguilar J, del Arco-Jiménez A, Rodrigo MI, de la Torre-Lima J. Varón con fiebre y lesiones cutáneas. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2005; 23: 43-44.