

Photo Vignette

Criptococosis cutánea primaria en paciente inmunocompetente

Igor Vázquez Osorio, Sara García-Rodiño, Marta Rodríguez-Rodríguez, Javier Labandeira, José Manuel Suárez-Peñaranda, MDolores Sánchez-Aguilar, Hugo Vázquez-Veiga

Dermatology Online Journal 22 (5): 11

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Correspondence:

Igor Vázquez Osorio
rogivaos@gmail.com

Abstract

La criptococosis cutánea es una micosis propia de pacientes inmunodeprimidos, sobre todo aquellos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Sin embargo, existen casos infrecuentes de criptococosis cutánea en pacientes inmunocompetentes, que suelen simular otras dermatosis, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento. Presentamos el caso de un varón pluripatológico de 79 años, con úlceras dolorosas en dorso de mano derecha que no respondían a tratamientos tópicos. A través del estudio histopatológico y micológico se alcanzó el diagnóstico de criptococosis cutánea primaria, lográndose la remisión de las lesiones tras 6 meses de tratamiento con fluconazol.

Key Words: Criptococosis; Cryptococcus neoformans; Fluconazol; Úlcera cutánea

Introducción

La criptococosis cutánea primaria es una entidad infrecuente en pacientes inmunocompetentes, pero debe ser tenida en cuenta en aquellos casos de inmunodepresión. La presencia de lesiones en zonas expuestas que no responden a los tratamientos habituales en personas de ámbito rural con antecedentes traumáticos nos deben obligar a descartar esta entidad. Presentamos un caso de esta entidad en forma de úlceras dolorosas de larga evolución en un paciente con datos de inmunodepresión y un claro antecedente traumático.

Caso clínico

Paciente de 79 años con múltiples antecedentes personales, entre los que destacaban cardiopatía isquémica, diabetes mellitus tipo 2, arteriopatía periférica y oligoartritis seronegativa a tratamiento con metilprednisolona a dosis de 4 mg diarios desde hacía más de 2 años. Vivía en el medio rural. Presentaba lesiones en dorso de la mano derecha de 2 años de evolución, que crecían progresivamente y no respondían al tratamiento tópico con corticoides y antibióticos. El paciente relacionaba las lesiones con un traumatismo previo contra una cerradura. En la exploración física presentaba en el dorso de la mano derecha dos úlceras de 3,5 y 2 cm de ancho respectivamente, con fondo limpio y bordes ligeramente hemorrágicos (fig. 1).



Figura 1. Dos úlceras de 3,5 y 2 cm respectivamente en el dorso de la mano derecha, con fondo limpio y bordes ligeramente hemorrágicos.

Ambas mostraban un halo periférico eritematovioláceo y eran intensamente dolorosas con el mínimo roce. Además se observaban dos pequeñas lesiones próximas a la úlcera de mayor tamaño. No presentaba adenopatías locorregionales ni otra sintomatología asociada. Los estudios analíticos realizados, incluida la determinación de subpoblaciones linfocitarias (CD4, CD8) y las serologías de virus hepatotropos, VIH y lúes, fueron negativos. El estudio histopatológico de una de las lesiones mostró, a nivel dérmico, un infiltrado inflamatorio de carácter granulomatoso con áreas de ulceración y abundantes células gigantes multinucleadas (fig. 2A-B). La tinción de PAS reveló la presencia de múltiples estructuras ovaladas de pequeño tamaño a nivel dérmico compatibles con esporas fúngicas (fig. 2C). Estas estructuras fueron positivas con la tinción de plata metenamina de Gomori (fig 2D).

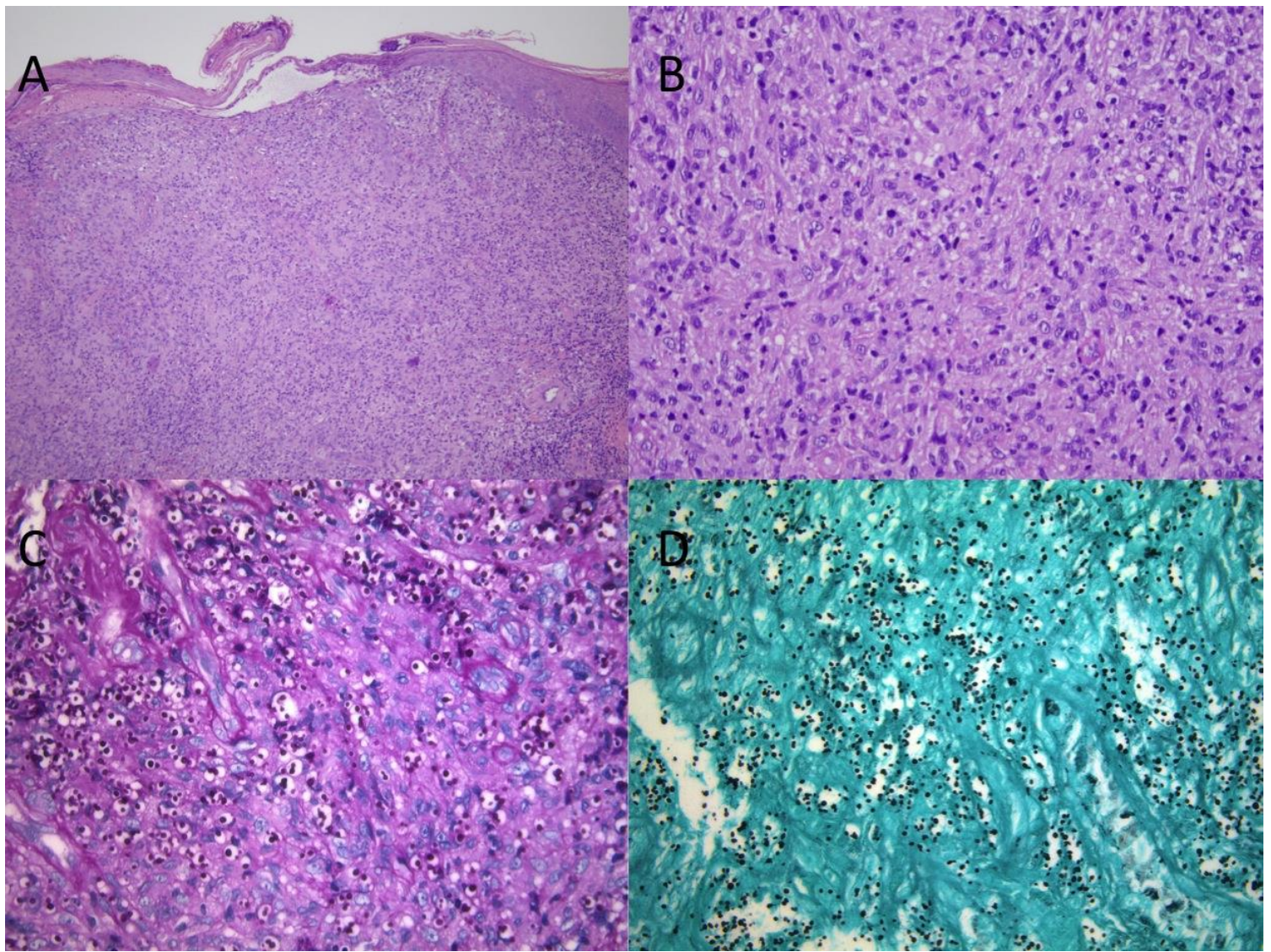


Figura 2. A) Infiltrado inflamatorio que abarca todo el espesor dérmico (H-E x10). B) Infiltrado de carácter granulomatoso con áreas de ulceración y abundantes células gigantes multinucleadas (H-E, x100). C) Estructuras ovaladas de pequeño tamaño compatibles con esporas fúngicas (PAS, x100). D) Positividad con la tinción de plata metenamina de Gomori (x100).

En el examen en fresco de escamas se observó un hongo levaduriforme capsulado, que posteriormente en el cultivo micológico se identificó como *Cryptococcus neoformans*. Los cultivos para micobacterias fueron negativos. Se realizó TC cerebral, torácico y lumbosacro, frotis de sangre periférico, ecocardiograma, biopsia de médula ósea y exploración oftalmológica, todos dentro de la normalidad. El antígeno sérico del *Cryptococcus neoformans* fue negativo. No se realizó punción lumbar dada la ausencia de clínica neurológica. Por tanto, se descartó inmunosupresión y afectación fúngica sistémica, realizándose el diagnóstico de criptococosis cutánea primaria. El paciente inició tratamiento con fluconazol 400 mg/día por vía oral, presentando muy buena evolución de las lesiones y desaparición del dolor (fig. 3A). Tras 6 meses de tratamiento las lesiones han curado completamente sin presentar recurrencias (fig 3B).

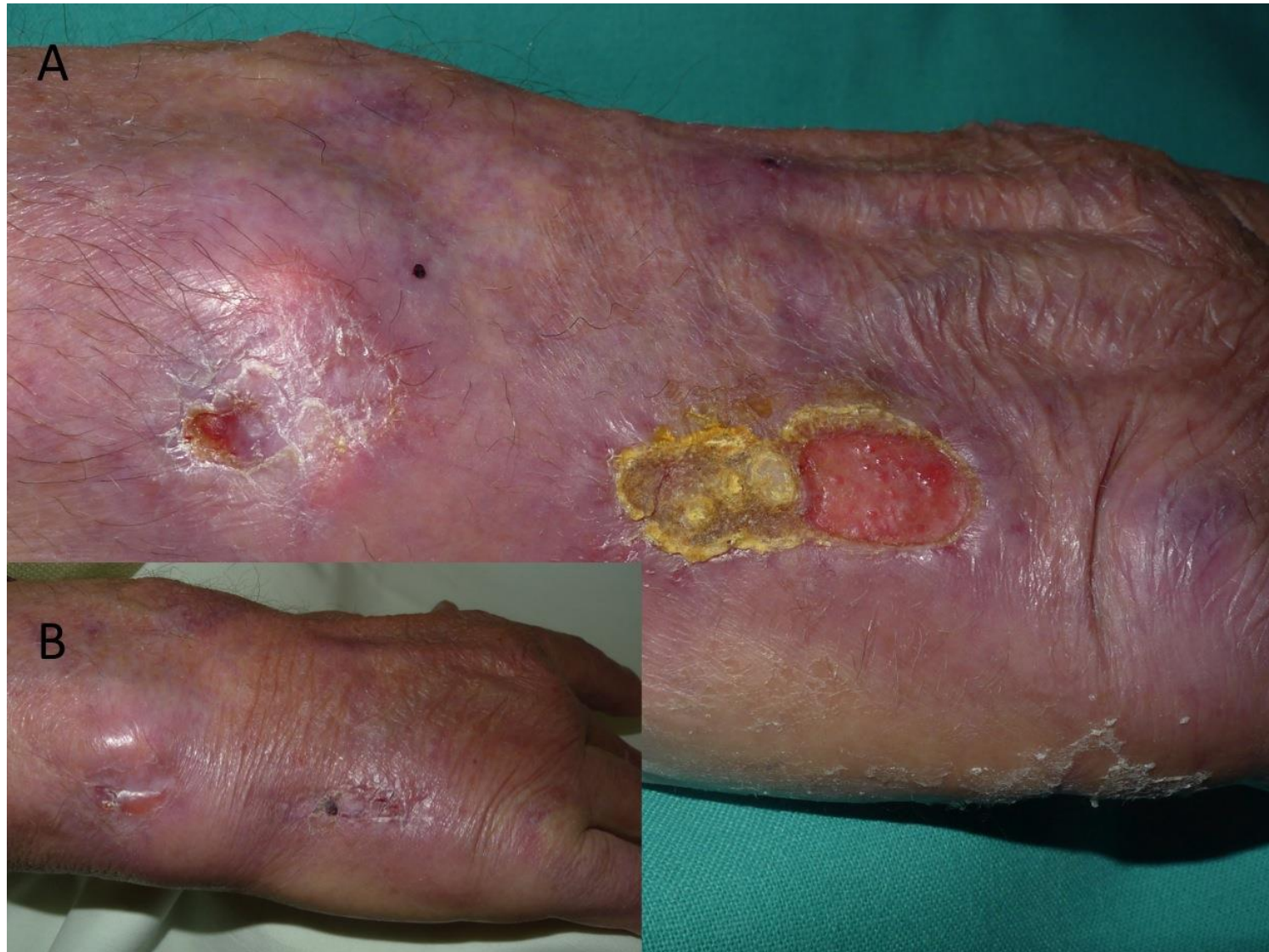


Figura 3. A-B) Evolución de las lesiones tras 6 meses de tratamiento con fluconazol con resolución de las mismas

Discusión

La criptococosis cutánea afecta principalmente y de forma más grave a personas inmunodeprimidas: infección por VIH (puede ser su primera manifestación), trasplantados, neoplasias (sobre todo hematológicas) o pacientes con tratamiento inmunosupresor [1-4]. Sin embargo, se han descrito casos en pacientes inmunocompetentes que suelen vivir en áreas rurales y tener predisposición a traumatismos cutáneos. Además pueden presentar otros factores de riesgo como edad avanzada o enfermedades crónicas como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, lupus eritematoso sistémico o sarcoidosis [5-8].

La criptococosis cutánea puede ser primaria, tras su inoculación directa en la piel, o bien secundaria (10-20%), tras diseminación hematogena de una infección sistémica [3,9]. Las formas de presentación clínica de la criptococosis cutánea son muy variables e inespecíficas, desde pápulas umbilicadas diseminadas, hasta lesiones acneiformes, placas costrosas, úlceras, abscesos o nódulos subcutáneos. De ahí que pueda simular otras dermatosis como celulitis bacteriana, pioderma gangrenoso, molluscum contagiosum, varicela o sarcoma de Kaposi, dificultando y retrasando su diagnóstico, y aumentando su morbimortalidad [1,3,6].

Por ello se han propuesto una serie de criterios diagnósticos de la criptococosis cutánea primaria: 1) lesión solitaria o lesiones limitadas a un área corporal, afectando generalmente a zonas acrales y expuestas; 2) historia previa de exposición a material contaminado; y 3) cultivo fúngico positivo para *Cryptococcus neoformans* [10].

La presencia de lesiones cutáneas diseminadas o de signos o síntomas sistémicos nos obligaría a descartar una criptococosis sistémica, principalmente pulmonar y neurológica, mediante la realización de pruebas complementarias (TC cerebral y torácico, punción lumbar, ecocardiograma, biopsia de médula ósea). La detección de títulos elevados del antígeno del criptococo en suero se asocia a una criptococosis sistémica. Sin embargo, su elevación no excluye el diagnóstico de una criptococosis cutánea, ya que puede estar también elevada en esta última como consecuencia de su liberación desde el lugar de la infección [2,3,9].

A diferencia de lo que ocurre en la criptococosis sistémica, el tratamiento de la criptococosis cutánea primaria no está claramente definido. Se han empleado diferentes pautas de antifúngicos, entre los que destacan la anfotericina B intravenosa, con o sin flucitosina asociada, o los antifúngicos azoles (fluconazol, itraconazol, ketoconazol), administrados por vía oral durante varias semanas, incluso meses (6-12), hasta conseguir la curación completa [1,5].

El pronóstico de esta entidad es bueno con la realización de un tratamiento antifúngico adecuado, por lo que es fundamental no retrasar el inicio del mismo. Por lo tanto, ante un paciente con datos de inmunodepresión que presente un cuadro de celulitis y/o úlceras de localización atípica que no responden al tratamiento habitual, como en nuestro caso, debemos sospechar el diagnóstico de criptococosis cutánea, siendo fundamental el estudio histopatológico y microbiológico para alcanzar un rápido diagnóstico [1,3,8].

Bibliografía

1. Fallah H, Watson A, Henderson C, Woodford P, Bothman J, McCrossin I. Cryptococcosis presenting as upper limb cellulitis and ulceration: a case series. *Australas J Dermatol*. 2011 Nov;52(4):288-91. [PMID: 22070705]
2. Tan WP, Tan SH, Tan AW. An extensive painful leg ulcer in a patient with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Dermatol*. 2010 Apr;35(3):e46-7. [PMID: 20500175]
3. Moosbrugger E, Adams BB, Kralovic SM. Cutaneous cryptococcosis in a patient on corticosteroid therapy for rheumatoid arthritis. *Int J Dermatol*. 2008 Jun;47(6):630-2. [PMID: 18477165]
4. Calista D, Grosso C. Cutaneous cryptococcosis of the penis. *Dermatol Online J*. 2008 Jul 15;14(7):9. [PMID: 18718193]
5. Revenga F, Paricio JF, Merino FJ, Nebreda T, Ramírez T, Martínez AM. Primary cutaneous cryptococcosis in an immunocompetent host: case report and review of the literature. *Dermatology*. 2002;204(2):145-9. [PMID: 11937743]
6. Patel P, Ramanathan J, Kayser M, Bran J Jr. Primary cutaneous cryptococcosis of the nose in an immunocompetent woman. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Aug;43(2 Pt 2):344-5. [PMID: 10901718]
7. Werchniak AE, Baughman RD. Primary cutaneous cryptococcosis in an elderly man. *Clin Exp Dermatol*. 2004 Mar;29(2):159-60. [PMID: 14987274]
8. Pau M, Lallai C, Aste N, Aste N, Atzori L. Primary cutaneous cryptococcosis in an immunocompetent host. *Mycoses*. 2010 May;53(3):256-8. [PMID: 19389063]
9. Mazuelos EM, Aller-García AI. Microbiological aspects of the cryptococcosis in the post-HAART era. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010 Jan;28(Supl 1):40-5. [PMID: 20172422]
10. Neuville S, Drome F, Morin O, Dupont B, Ronin O, Lortholary O et al. Primary cutaneous cryptococcosis: a distinct clinical entity. *Clin Infect Dis*. 2003 Feb;36(3):337-47. [PMID: 12539076]