

COMUNICACIONES BREVES

Úlceras múltiples como manifestación inicial de una criptococosis sistémica

Multiple ulcers as initial manifestation of a systemic cryptococcosis

Natalia B. Coras-Álvarez¹, Edward Alca², Víctor Delgado³

RESUMEN

Varón de 91 años, con antecedente de dermatitis atópica y desorden cerebrovascular sin secuelas. Presentó hace 7 meses, placa eritematosa en tórax posterior, pruriginosa, sin mejoría al tratamiento. Hace 2 meses, lesión aumento de tamaño con ulceración; además presentó otras úlceras en región facial, recibiendo tratamiento antibiótico con leve mejoría. Hace 1 mes se asocian nuevas úlceras múltiples a predominio de cuero cabelludo y tórax anterior. Hace 1 semana acudió a emergencia por obstrucción nasal y epistaxis. Al estúdio histopatológico se evidencio una dermatitis nodular crónica granulomatosa; se realizaron tinciones con ácido pervodico de Schiff y metenamina de plata Gomori-Grocott: observándose presencia de estructuras esféricas compatibles con Criptococos. Cultivo de muestra de piel confirma infección por criptococos neoformans. La presentación de este caso es la manifestación cutánea atípica, como úlceras múltiples, sin síntomas sistémicos como manifestación inicial de una criptococosis diseminada.

PALABRAS CLAVES: criptococo, criptococosis diseminada, criptococo neoformans.

Dermatol Peru 2019; 29 (2): 134-137

ABSTRACT

Patient of 91 year-old male, with a record of atopic dermatitis and cerebrovascular disorder without sequelae. He presented, 7 months ago, erythematous plaque in the posterior thorax, pruritic, without treatment improvement. Two months ago, lesion increased in size with ulceration; he also presented other ulcers in the facial region, receiving antibiotic treatment with slight improvement. A month ago, new multiple ulcers are associated with a predominance of scalp and anterior thorax. A week ago, he went to the emergency department due to nasal obstruction and epistaxis. Histopathological study showed a granulomatous chronic nodular dermatitis; stains were made with Schiff's periodic acid and Gomori-Grocott silver methenamine: the presence of spherical structures compatible with Cryptococcus was observed. Skin sample culture confirms infection with neoformans cryptococcus. The presentation of this case is due to the atypical skin manifestation, as multiple ulcers, without systemic symptoms as the initial manifestation of a disseminated cryptococcosis.

Keys words: Cryptococc.

INTRODUCCIÓN

La criptococosis es una infección micótica causada más frecuentemente por Cryptococcus neoformans, afectando predominantemente a individuos inmunocomprometidos¹. Los Hallazgos clínicos asociados con criptococosis frecuentemente a enfermedades pulmonares y neurológicas, pero también pueden diseminarse a piel, articulaciones, próstata y globo ocular². La participación cutánea generalmente ocurre en el curso de una micosis diseminada y puede preceder a otras manifestaciones graves¹. Se puede presentar como pápulas, pústulas, nódulos, abscesos, edema, paniculitis, úlceras, similares a celulitis y molusco contagioso³. El diagnóstico se basa en el examen micológico e histopatológico⁴. El tratamiento temprano es de importancia para disminuir la mortalidad en estos pacientes⁵.

Servicio de Dermatología, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú.

Servicio de Dermatología, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen,

^{3.} Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú.

Reportamos el caso de un paciente varón con úlceras múltiples como presentación inicial de una criptococosis sistémica.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 91 años, con antecedente de dermatitis atópica y desorden cerebrovascular sin secuela. Presento hace 7 meses, placa eritematosa en tórax posterior, pruriginosa, no dolorosa; se le realiza una biopsia de piel con resultado de una dermatitis espongiotica, se indica tratamiento con corticoide tópico y antihistamínicos con mejoría parcial. Hace 2 meses, la lesión aumenta de tamaño con ulceración (Figura Nº 1), además presenta otras úlceras en región facial con tratamiento antibiótico con leve mejoría. Hace 1 mes aparecen nuevas úlceras múltiples a predominio de cuero cabelludo y tórax anterior (Figura Nº 2). Hace 1 semana acude a emergencia por obstrucción nasal y epistaxis por lo que se hospitaliza.

Al examen físico: múltiples úlceras a predominio en tronco, cuero cabelludo y región facial asociado a secreción purulenta con costras hemorrágicas en fosas nasales, adenopatías submaxilares, cervicales e inguinales, no síntomas respiratorios ni fiebre.

A los exámenes de laboratorio: leucocitos sin neutrofilia (9.78 x 10⁹/l, neutrófilos 62%) creatinina: 0.73 mg/dL (0.5-0.8mg/dL), glucosa: 81 mg/dL (74-106 mg/d/L), urea: 32.1 mg/dL (15-45 mg/dL), FA: 648, TGO: 78 U/L (0-34 U/L), TGP: 59 U/L (13-69 U/L), GGTP: 421U/L (12-43 U/L), albumina: 2.4 mg/dL (3.2-4.8 mg/dL), DHL: 1075 U/L (50 - 150 U/L), velocidad de sedimentación globular: 31 mm/h (<20 mm/h), proteína C reactiva: 340.2 mg/L (<10



Figura Nº 2. Región tórax anterior, múltiples úlceras con áreas costrosas, no dolorosas.

mg/L), perfil de coagulación: sin alteración, serología para anticuerpos HIV: negativo.

En las técnicas de imagen se observaron los siguientes hallazgos: radiografía de tórax con infiltrados radiopacos en campos medios y basales (Figura Nº 3); tomografía multicorte de macizo facial con pansinusitis a predominio etmoidal bilateral con engrosamiento de mucosa nasal, múltiples adenopatías en rango patológico con aspecto de infiltración secundaria (Figura Nº 4); tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis con múltiples adenopatías axilares, mediastinales, inguinales e infiltrado intersticial pulmonar.

Biopsia aspiración con aguja fina de adenopatía inguinal muestra hiperplasia linfoide reactiva.



Figura Nº I. Región tórax posterior, placa ulcerada con borde eritematoso.



Figura N° 3. Radiografía de tórax A-P, infiltrado intersticial difusas a predominio de campos pulmonares medios y basales.



Figura N° 4. Tomografía multicorte de macizo facial, pansinusitis, adenopatías múltiples en regiones parotídeas, submaxilares y cervicales.

Se indicó tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y vancomicina, sin mejoría de las lesiones cutáneas. La evolución clínica fue desfavorable, paciente presentó mayor secreción nasal, dificultad respiratoria y fiebre; no se evidencia compromiso de sistema nervioso. Se realiza exámenes de laboratorio e imágenes con resultados sugerentes de neumonía intrahospitalaria para lo cual se deriva al servicio de neumología; paciente fallece a los 2 días posteriores.

Al estudio histopatológico de biopsia de piel: ulceración, dermatitis nodular crónica granulomatosa con neutrófilos, linfocitos. Se realiza tinción ácido peryodico de Schiff y metenamina de plata Gomori-Grocott, se observan estructuras esféricas, compatibles con infección por Criptococos (Figura Nº 5). Cultivo de muestra de piel confirma infección por criptococo neoformans.

DISCUSIÓN

El compromiso cutáneo en una criptococosis diseminada puede ser una manifestación inicial de una infección diseminada⁶.

Las lesiones cutáneas pueden presentarse como umbilicales, nodulares, acneiformes, herpetiformes, similar celulitis⁹, múltiples úlceras⁷. Pueden afectar áreas expuestas y no expuestas⁸ en algunos casos inclusive sin síntomas sistémicos. Nuestro paciente presento múltiples úlceras, sin síntomas respiratorios ni alteración del sistema nervioso central de inicio

La infección diseminada por criptococosis es rara en pacientes inmunocompetentes, la forma de ingreso más frecuente es por inhalación de esporas causando infección pulmonar, que puede permanecer localizada y resolverse espontáneamente o propagarse al sistema nervioso central en pacientes inmunocomprometidos; la afectación cutánea se da más frecuentemente en infección diseminada¹⁰. Nuestro paciente no presentaba inmunodepresión comprobada.

El diagnóstico de criptococosis se puede realizar mediante histopatología del tejido infectado, detección directa de hongos en fluidos corporales con examen de tinta china, aislamiento en cultivo de tejidos y detección de antígeno de polisacárido del criptococo en el suero y en el líquido cefalorraquídeo mediante aglutinación por látex o ELISA¹¹. El paciente caso evidenció presencia de criptococos en la histología, detección directa y cultivo de muestra de piel.

Las recomendaciones actuales de tratamiento sugieren anfotericina B liposomal o desoxicolato de anfotericina más flucitosina durante al menos 14 días o hasta que los cultivos de sangre y líquido cefalorraquídeo se vuelvan

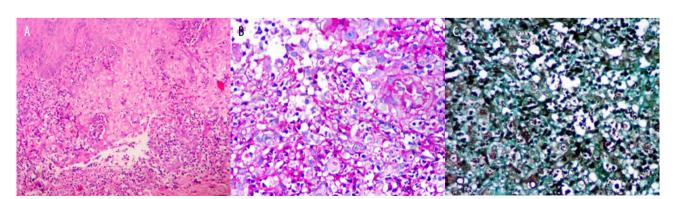


Figura Nº 5. Al estudio histopatológico de biopsia de piel.A). Dermatitis nodular crónica granulomatosa (HE.10x). B). Tinción acido peryodico de Schiff con múltiples estructuras esféricas ovales (PAS. 10x). C). Tinción de metenamina de plata Gomori-Grocott, se observa tinción de las paredes celulares de los hongos, sugestivo de infección por criptococos (10x).

estériles, en casos de pacientes con enfermedad diseminada o afectación de sistema nervioso sistémico¹².

El reconocimiento de lesiones cutáneas por infección por criptococos es un gran desafío, ya que puede encontrarse gran variabilidad clínica y por lo tanto un retraso en el diagnostico con aumento de morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Quartarolo N, Thomas I, Li H, Wiederkehr, Schwartz RA, Lambert WC. Cutaneous cryptococcosis. Acta Dermatol 2002; 11:4.
- 2. Huston SM, Mody CH. Cryptococcosis: an emerging respiratory mycosis. Clin Chest Med 2009, 30:253-264
- 3. Kikuchi N, Hiraiwa T, Ishikawa M, Mori T, Igari S, Hanami Y, et al. Cutaneous Cryptococcosis Mimicking Pyoderma Gangrenosum: A Report of Four Cases. Acta Derm Venereol. 2016; 96:116-7.
- 4. Dharmshale SN, Patil SA, Gohil A, Chowdhary A, Oberoi C. Disseminated crytococcosis with extensive cutaneous involvement in AIDS. Indian | Med Microbiol 2006;24:228-30.
- 5. Lu HC, Yang YY, Huang YL, Chen TL, Chuang CL, Lee FY, Lee SD. Disseminated cryptococcosis initially presenting as cellulitis in a rheumatoid arthritis patient. J Chin Med Assoc 2007; 70:249-252
- 6. Pau M, Lallai C, Aste N, Aste N, Atzori L. Primary cutaneous cryptococcosis in an immunocompetent host. Mycoses. 2010; 53:256-8.

- 7. Araki K., Yoshida Y, Kohno H, Sugiyama, E. A Large Deep Skin Ulcer as an Initial Manifestation of Systemic Cryptococcosis. Mycopathologia, 2019; doi:10.1007/ s11046-019-00322-1
- 8. Neuville S, Dromer F, Morin O, Dupont B, Ronin O; et al. Primary cutaneous cryptococcosis: a distinct clinical entity. Clin Infect Dis. 2003; 36:33747.
- 9. Gomes de Sousa MD, Bernardes Filho F, Barros Costa Fernandes LE, Guedes Leal CR, Rocha Magalhães C, et al. Cellulitis in a Liver Transplant Patient as an Initial Manifestation of Disseminated Cryptococcal Disease. Case Reports in Dermatology, 2016; 8(3), 250–253. doi:10.1159/000449365
- 10. Srivastava GN, Tilak R, Yadav J, Bansal M. Cutaneous cryptococcus: marker for disseminated infection. BMJ Case Rep 2015; 2015: pii: bcr2015210898
- 11. Perfect JR, Bicanic T. Cryptococcosis diagnosis and a treatment: What do we know now. Fungal Genet Biol. 2015; 78:49-54.
- 12. Franco-Paredes C, Womack T, Bohlmeyer T, Sellers B, Hays A, Patel K, et al. Management of Cryptococcus gattii meningoencephalitis. Lancet Infect Dis 2015: 15:348-355.

Correspondencia: Dra. Natalia Beatriz Coras Álvarez Email: nataliacoras@gmail.com

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés Contribuciones de autoría: los autores participamos en la concepción del artículo, participamos en su redacción y la revisión de la versión final para su publicación.

Recibido: 20-05-19 Aceptado: 30-05-19

