

Varón con fiebre y lesiones cutáneas

Josefa Aguilar^a, Alfonso del Arco-Jiménez^a, M.^a Isabel Rodrigo^b y Javier de la Torre-Lima^b

^aUnidad de Medicina Interna. ^bUnidad de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Caso clínico

Varón de 40 años, ex adicto a drogas por vía parenteral, diagnosticado de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en 1987. Se encontraba en estadio C3 de la clasificación de los Centers for Disease Control con antecedentes de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (antes *carinii*), y realizaba profilaxis secundaria con cotrimoxazol en días alternos. El seguimiento en consultas fue irregular desde el diagnóstico, con abandono de la terapia antirretroviral en varias ocasiones. Consultó por un cuadro febril de 15 días de evolución, diario, de hasta 39 °C, acompañado de escalofríos, astenia, anorexia y pérdida de peso no cuantificada. En la exploración física destacaba una temperatura de 39 °C, adenopatías laterocervicales y supraclaviculares bilaterales de hasta 1,5 cm, indoloras y muguet oral. No presentaba rigidez de nuca ni otros signos meníngeos. En el abdomen destacaba hepatomegalia indolora de dos traveses. En la piel presentaba múltiples lesiones, de localización en tronco y extremidades inferiores, de aspecto polimorfo, algunas de características verrugosas y otras circinadas, pruriginosas (fig. 1). Algunas de estas lesiones tenían de más de un año de evolución. En el hemograma presentaba: $4,7 \cdot 10^9/l$ leucocitos (3.100 neutrófilos/ μl , 1.300 linfocitos/ μl), hemoglobina $13,3$ g/dl, $173 \cdot 10^9/l$ plaquetas y bioquímica con lactato deshidrogenasa 639 U/l, y el resto sin alteraciones. Tenía una carga viral de 222.000 copias/ml y CD4 $22/\mu l$. No había alteraciones en la radiografía de tórax y en la ecografía abdominal se observaba una hepatosplenomegalia homogénea y múltiples adenopatías retroperitoneales de tamaño significativo. Se solicitaron hemocultivos, urocultivos, cultivos de esputos y baciloscopias y se tomó una biopsia cutánea y ganglionar.

Evolución y diagnóstico

Durante su ingreso desarrolló cefalea progresiva, no acompañada de focalidad neurológica, y resistente a analgésicos. En los hemocultivos se aisló *Cryptococcus neoformans*, siendo el título de antígeno en suero de $1/1.024$. Se realizó una punción lumbar, con líquido de aspecto claro, con glucosa 52 mg/dl (glucemia simultánea 90 mg/dl), linfocitos $1/\mu l$ y proteínas 32 mg/dl, y tinción en tinta china positiva y antígeno criptocócico de $1/512$. Se recibió el resultado de la biopsia cutánea (figs. 2 y 3) y ganglionar, y en ambas se observó infiltración por *C. neoformans*. Ante

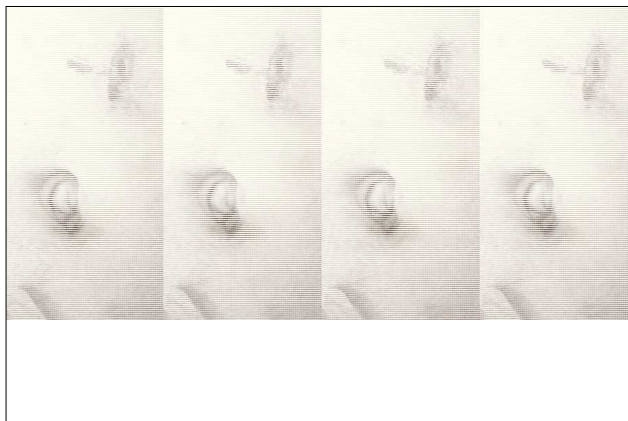


Figura 1. Lesiones cutáneas en la piel del tronco.



Figura 2. Biopsia de piel. (Plata metenamina, 1.000)



Figura 3. Biopsia ganglionar. (PAS, 1.000)

Correspondencia: Dra. J. Aguilar.
Urb. El Mirador de Santa M^a Golf (Elviria), Bloque 6, 1.º C.
29600 Marbella. Málaga. España.
Correo electrónico: peagga@eresmas.com

Manuscrito recibido el 12-3-2004; aceptado el 16-4-2004.

el diagnóstico de criptococosis diseminada, se inició tratamiento de inducción con anfotericina B y 5-fluocitosina, con rápida mejoría de la sintomatología. En controles posteriores la titulación de la aglutinación del látex criptococo en sangre descendió a 1/64. Completó el tratamiento de consolidación y posterior mantenimiento con fluconazol. Reinició tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Discusión

La criptococosis es una enfermedad definitoria de sida. En la historia natural de la infección por el VIH, la infección por criptococo suele aparecer en pacientes con cifras de CD4 inferiores a 100/ μ l¹, siendo el sistema nervioso central (SNC) el órgano diana más frecuente. La afectación cutánea se produce por inoculación local o bien por diseminación desde otro punto², apareciendo en un 10% de los pacientes, y en muchos de ellos asociado a una infección diseminada concomitante. Se trata de lesiones papulosas diminutas que lentamente aumentan de tamaño y muestran tendencia a la formación de úlceras³, de aspecto similar al molusco contagioso. En nuestro caso las lesiones tenían un año de evolución, no asociándose en este tiempo a ninguna sintomatología pulmonar o del SNC. El paciente con sida puede presentar múltiples lesiones cutáneas asintomáticas⁴, que en ocasiones condicionan retraso en el diagnóstico de afectación a otros niveles. Por lo tanto, en caso de que se diagnostique una infección cutánea por criptococo en un paciente inmunodeprimido se debe excluir la posibilidad de afectación diseminada, ya que se

trata de una infección potencialmente mortal si no se trata precozmente. El mejor tratamiento de elección en la fase de inducción es la combinación de anfotericina B y 5-fluocitosina durante 14 días, porque esta última aumenta la probabilidad de esterilizar el líquido cefalorraquídeo a las 2 semanas de iniciar el tratamiento⁵, seguido de una fase de consolidación con fluconazol durante 8 semanas y posteriormente una fase de tratamiento supresor con fluconazol 200 mg/día de forma indefinida o hasta la recuperación del sistema inmunológico^{6,7}.

Bibliografía

1. Pedrol E, Mallolas J, González-Clemente JL, Miró JM, Azón A, Gatell JM. Criptococosis: presentación de 26 casos. *Med Clin* 1992;98:345-57.
2. Christianson JC, Engber W, Andes D. Primary cutaneous Criptococosis in immunocompetent and immunocompromised hosts. *Medical Mycology* 2003;41:177-88.
3. Bennet JE. Criptococosis. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 15.^a ed. Madrid: 2002; p. 1384-5.
4. Dronda F, González-López A, Fernández-Martín JL, Alonso-Sanz M, Chaves F, López-Cubero L. Primary cutaneous cryptococcosis and bacterial pneumonia caused by pseudomonas aeruginosa in AIDS: clinical case and review of the literature. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1996;14:101-5.
5. Arribas JR, González-García JJ, Peña JM, Vázquez JJ. Preguntas y respuestas sobre la meningitis por criptococo asociada a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18:100-3.
6. Miró JM, Mallolas J, Moreno A, Marco F, García F. Infecciones por *Cryptococcus neoformans* en pacientes infectados y no infectados por el VIH. *Rev Clin Esp* 1997;197 (Supl 1):44-8.
7. Horst CM, Saag MS, Cloud GA, Hamill RJ, Gray-Bill JR, Sobel JD, et al. Treatment of cryptococcal meningitis associated with the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1997;337:15-21.