

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### Nódulos costrosos faciales

Patricia Chang

Servicio de Dermatología. Hospital Ángeles y General de Enfermedades IGSS, Guatemala C.A.



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.

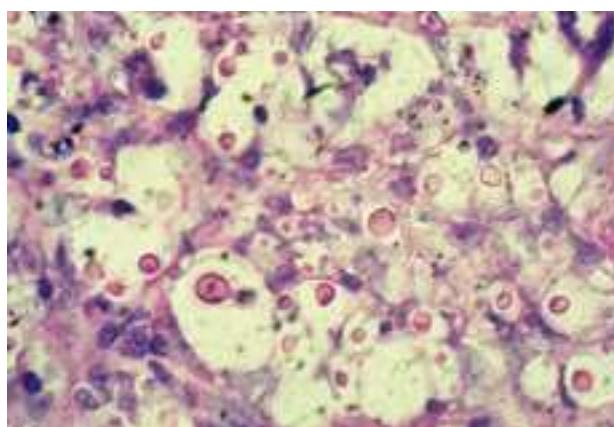


Figura 2. Aspecto histológico de la lesión.

183

Varón de 27 años de edad, con antecedentes de hepatitis B, herpes zóster, amigdalectomía e infección por el VIH (CD4: 30 células/ l).

#### Enfermedad actual

Paciente que estaba siendo atendido en el servicio de infectología por su reciente diagnóstico de infección por el VIH, que presentaba lesiones faciales de 3 meses de

evolución asintomáticas, por lo que es enviado para su evaluación dermatológica.

#### Exploración física

Dermatosis localizada en la cara afectando surco nasogeniano derecho y mentón, constituida por nódulos costrosos (fig. 1).

#### Histología

En las secciones de piel se observa en la dermis media y profunda un infiltrado o inflamatorio agudo y crónico y dentro de éste esporas rodeadas de un halo claro PAS positivas (fig. 2).

Correspondencia: Dra. P. Chang.  
Servicio de Dermatología. Hospital Ángeles.  
2.<sup>a</sup> Avda. 14-74, zona 1. Guatemala, C.A.  
Correo electrónico: pchang@intelnet.net.gt

## DIAGNÓSTICO

Cryptococcosis cutánea en un paciente con infección por el VIH.

### Curso y tratamiento

Al paciente se le efectuó una punción lumbar y tomografía cerebral sin reportar ninguna alteración patológica. Se le administró amfotericina B a las dosis habituales y finalmente el paciente falleció al mes de su hospitalización.

### COMENTARIO

La criptococosis es una micosis de curso subagudo o crónico, causada por un hongo levaduriforme oportunista denominado *Cryptococcus neoformans*. Se caracteriza por afectar inicialmente los pulmones y posteriormente se disemina en la piel y las vísceras, con una clara predilección por el sistema nervioso central<sup>1</sup>.

*Cryptococcus neoformans* variedad *neoformans* con sus serotipos A y D está presente en los excrementos de palomas y raramente en la tierra; la infección se adquiere por vía respiratoria y en pacientes con infección por el VIH es la segunda micosis más frecuente. El 6% de los pacientes con infección por el VIH puede desarrollar esta micosis oportunista, y la meningitis es la manifestación más común, afectando el 72-90%<sup>3</sup>. Clínicamente se clasifica en pulmonar (5%), sistema nervioso central (65%), cutánea (10%), visceral (15%) y ósea (5%)<sup>1</sup>.

Las lesiones cutáneas se observan de un 10-20% en pacientes con criptococosis y se originan a partir de la diseminación hematogena o linfática de un foco meníngeo o pulmonar. La forma cutánea primaria es rara, generalmente la presencia de lesiones cutáneas significa enfermedad diseminada<sup>2,4</sup>. Las lesiones en piel son polimorfas: pápulas eritematosas, nódulos, pústulas, abscesos, úlceras, pápulas umbilicadas que se asemejan al molusco contagioso, celulitis, y raras veces pueden ser verrugosas y/o tumorales. Las lesiones ulcerosas pueden afectar la cavidad oral, semejando herpes simple y pueden presentarse en un 40% en los genitales.

Topográficamente se afecta la cabeza, la cara, el cuello y, menos frecuentemente, las extremidades y el tronco, con predominio en cabeza y cuello<sup>1,5</sup>. La afección cutánea puede ser la primera manifestación de la enfer-

medad. El diagnóstico se basa en los datos clínicos y se establece con la técnica del KOH, la impregnación con tinta china o la tinción de PAS.

El tratamiento de elección es la amfotericina B (0,3 a 1,0 mg/kg/día) con o sin flucitosina (75-150 mg/kg/día), el fluconazol también puede ser utilizado a 400 mg diarios<sup>1,5</sup>.

### Diagnóstico diferencial

Debe de establecerse con:

**Histoplasmosis cutánea.** Micosis endémica común en pacientes con sida, cuyo agente causal es el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*. Se adquiere por vía respiratoria. Se presenta en forma diseminada en el 95% de los pacientes con sida. Las lesiones en la piel se observan en el 10 al 25% de casos y pueden ser pápulas, maculopápulas, foliculitis pustular, placas ulcerativas, lesiones papulonecróticas, eccematosas, tipo eritema multiforme, rosácea, molusco contagioso, acneiformes, nódulos subcutáneos y placas verrucosas. Predominan en la cara y la mucosa oral y se manifiestan como úlceras dolorosas.

**Coccidioidomicosis cutánea.** Está producida por *Coccidioides immitis*, hongo dimórfico que se encuentra en la tierra y es endémico el sudeste de los EE.UU., norte de México y área de América Central y Sudamérica. Se adquiere por vía respiratoria.

A nivel cutáneo puede presentar polimorfismo lesional: pápulas, nódulos subcutáneos, pústulas, abscesos, úlcera y placas verrucosas. Las lesiones cutáneas usualmente se presentan con la enfermedad a nivel pulmonar<sup>2,4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bonifaz A. Micología médica básica. México: Francisco Méndez Cervantes, editores, 2000; p. 331-43.
2. Mykowski PL, White MH, Ahkami R. Fungal disease in the immunocompromised host. Dermatologic Clinic 1997;15:300-1.
3. Minamoto GY, Rosenberg AS. Fungal infections in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Med Clin North Am 1997;81:382-8, 390-4.
4. Aftergut K, Cockerell CJ. Update on the cutaneous manifestations of HIV infection. Dermatol Clinics 1999;17:456.
5. Arenas R. Micología Médica Ilustrada. México: McGraw Hill Interamericana, 1993; p. 235-41.