

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

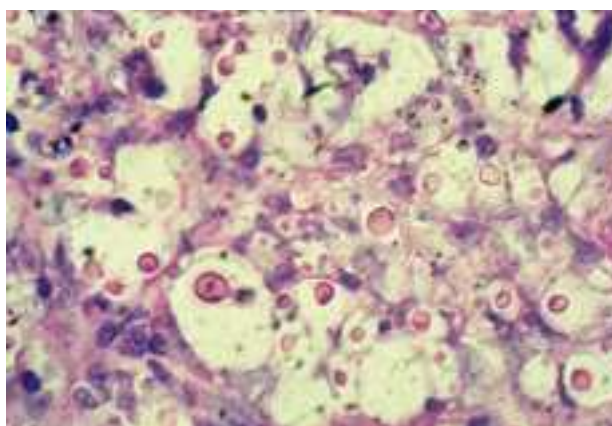
### Nódulos costrosos faciales

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.

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@inteln.net.gt

## DIAGNÓSTICO

Criptococosis 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 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 hematógena 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 Clin 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.