

# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.elsevier.es/ad



## CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

### Celulitis necrotizante como primera manifestación de una criptococosis diseminada

#### Necrotizing Cellulitis as the First Manifestation of Disseminated Cryptococcosis

Sr. Director:

La criptococosis es una infección micótica oportunista causada por el *Cryptococcus neoformans* (CN), levadura encapsulada de distribución mundial, relacionada con los excrementos de palomas. Su principal puerta de entrada es inhalatoria y en personas inmunocompetentes produce neumonitis asintomática y excepcionalmente una primoinfección cutánea<sup>1-3</sup>. Sin embargo, en individuos inmunodeprimidos, la infección se disemina por vía hematogena afectando a otros órganos, principalmente al sistema nervioso central, la piel y los huesos, sin olvidar que cualquier órgano o tejido es susceptible de dicha invasión.

Se trata de una mujer de 70 años, con hepatitis crónica autoinmune evolucionada a cirrosis hepática, en tratamiento con prednisona a dosis de 10 mg/día desde hacía 2 años, que ingresó por una infección respiratoria de 4 días de evolución, tratada empíricamente con ciprofloxacino. A la semana de su ingreso comenzó con fiebre elevada y unas lesiones cutáneas dolorosas en la pierna izquierda. En la exploración física apreciamos edema en dicha extremidad, junto a una placa indurada, eritematosa e intensamente dolorosa de localización pretibial, sobre la cual asentaban numerosas lesiones vesículo-ampollosas de contenido necrótico y hemorrágico (fig. 1). No se evidenciaron signos de isquemia arterial. El estudio histopatológico de una lesión permitió comprobar edema en la dermis y en el tejido celular subcutáneo, junto a un infiltrado inflamatorio de predominio perivascular. Se observaron microabscesos dérmicos difusos, bien delimitados, que focalmente se extendían al tejido celular subcutáneo y en cuyo interior se identificaron unas estructuras levaduriformes encapsuladas, ligeramente basófilas (fig. 2) que mostraron positividad para azul alcian, PAS y plata metenamina. Los hallazgos de laboratorio más relevantes fueron: elevación de las transaminasas glutámico-oxalacética (GOT) y glutámico-pirúvica (GPT) y prolongación del tiempo de protrombina. Las serologías para el virus de la hepatitis B y C y para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fueron negati-

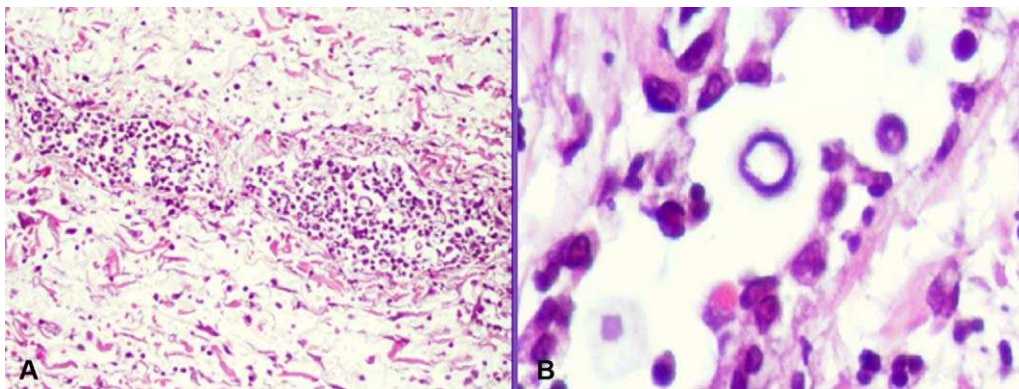
vas. En la radiografía de tórax se objetivó un derrame pleural bilateral junto a infiltrados alveolares en campos inferiores y múltiples nódulos en el pulmón derecho. La aglutinación con látex de las muestras procedentes del material aspirado de las lesiones cutáneas vesículo-ampollosas y del lavado broncoalveolar pusieron de manifiesto la presencia de antígenos del CN, infección que posteriormente se confirmó mediante cultivo fúngico. Se instauró tratamiento con anfotericina B liposomal (3 mg/ kg/ día), heparina de bajo peso molecular y medidas de aislamiento de contacto. A pesar de ello, las lesiones cutáneas evolucionaron rápidamente hacia la necrosis y paralelamente comenzaron a aparecer lesiones similares en la pierna derecha (fig. 3), junto a una trombosis venosa superficial confirmada por eco-doppler. La evolución fue desfavorable, con empeoramiento del estado general y de la patología de base que acabaron condicionando el exitus de la paciente.

La criptococosis es una micosis sistémica que se desarrolla a menudo en el contexto de enfermedades de base que cursan con inmunodeficiencia celular: trasplantes, VIH/sida, neoplasias malignas, enfermedades crónicas como artritis reumatoide, sarcoidosis, cirrosis, lupus eritematoso sistémico y en pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor durante largo tiempo<sup>4-7</sup>.

La afectación cutánea en la criptococosis ocurre en un 10-20% de los casos, casi siempre de forma secundaria a



**Figura 1** Placa indurada y eritematosa compuesta de numerosas lesiones purpúricas y vesículo-ampollosas de contenido necrótico y hemorrágico, localizada en el tercio inferior y medio de la región pretibial izquierda.



**Figura 2** En el interior de los microabscesos (A) y en el interior de algunas luces vasculares (B) se observaron estructuras levaduriformes encapsuladas, redondeadas, ligeramente basófilas con una zona periférica más densa rodeada de espacios claros o vacíos.

una infección sistémica, por lo que se considera como un «signo centinela» de enfermedad diseminada<sup>1,4,5</sup>. Generalmente afecta a la cabeza, al cuero cabelludo y al cuello. Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples, indoloras o dolorosas y se caracterizan por un gran polimorfismo clínico: pápulas, úlceras, pústulas, granulomas, abscesos subcutáneos, nódulos, vesículas, placas eritematosas, lesiones pseudo-herpetiformes o tipo molusco contagioso, masas tumorales y lesiones acneiformes<sup>8</sup>. Excepcionalmente se han descrito infecciones necrotizantes en tejidos blandos (celulitis y fascitis necrotizante<sup>1,4,5</sup>), como en el caso presentado, y lesiones que semejan un pioderma gangrenoso, cicatrices queloideas o un sarcoma de Kaposi<sup>9,10</sup>.

La celulitis, como la primera manifestación clínica de la infección criptocócica, tal y como ocurrió en nuestra paciente, es inhabitual<sup>1,5</sup>, generalmente se limita a pacientes inmunodeprimidos y al igual que otras infecciones necrotizantes cursan con alta mortalidad (80%<sup>1</sup>).

La importancia de conocer las manifestaciones cutáneas de esta infección es doble: en primer lugar porque dichas lesiones pueden preceder a otros hallazgos clínicos de curso insidioso y oligosintomático, como la afectación pulmonar o neurológica. Por otro lado, la fácil accesibilidad para realizar una biopsia cutánea, procedimiento mínimamente invasivo y con gran rentabilidad diagnóstica, permite obtener muestras para el cultivo microbiológico y para el estudio histopatológico, en muchas ocasiones impre-

scindibles debido a la inespecificidad y al polimorfismo clínico de las lesiones.

El pronóstico de estos pacientes es pobre, debido a su estrecha asociación con la inmunosupresión, y está influenciado por la realización de un diagnóstico precoz y por la instauración rápida de un tratamiento eficaz. Debe recordarse que los corticoides, fármacos de uso muy habitual en la práctica diaria, son potentes inmunosupresores del sistema inmune humoral y celular, provocando una mayor predisposición a padecer infecciones por microorganismos oportunistas, circunstancia que obliga a estar atentos ante cualquier síntoma y/o signo, por banal que parezca en los pacientes que los reciben.

En conclusión, esta infección debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la celulitis necrotizante en pacientes inmunodeprimidos, pues la rapidez diagnóstica y terapéutica condicionarán el pronóstico<sup>1,6</sup>.

### Agradecimientos

Al Servicio de Microbiología del Hospital Virgen de la Concha, por su valiosa colaboración, y muy particularmente a los Dres. Inmaculada Ramírez de Ocaris y Luis López Urrutia.

### Bibliografía

1. Baer S, Baddley JW, Gnann JW, Pappas PG. Cryptococcal disease presenting as necrotizing cellulitis in transplant recipients. *Transpl Infect Dis.* 2009;11:353–8.
2. Posada C, de la Torre C, González-Sixto B, Cruces MJ. Primary cutaneous cryptococcosis presenting with a sporotrichoid pattern in a cancer patient. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:78–80.
3. Ballesteros M, García I, Daudén E, Sánchez-Pérez J, Iscar T, Fraga J, et al. Criptococosis cutánea primaria asociada a oncotaxia en un paciente inmunodeprimido. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:77–83.
4. Yoo SS, Tran M, Anhalt G, Barrett T, Vonderheid EC. Disseminated cellulitis cryptococcosis in the setting of prednisone monotherapy for pemphigus vulgaris. *J Dermatol.* 2003;30:405–10.
5. Díaz-Sarrió C, García-Navarro X, Claver-Cercós G, Baucells-Azcona JM, Martín-Plata C, Corcoy-Grabalosa M. Celulitis diseminada como presentación inicial de criptococosis sistémica



**Figura 3** Lesiones en la pierna derecha, vesículo-ampollosas con contenido hemorrágico, junto a empastamiento en el territorio venoso de la vena safena derecha.



- en un paciente con artritis reumatoide. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:274–5.
6. Korfel A, Menssen HD, Schwartz S, Thiel E. Cryptococcosis in Hodgkin's disease: description of two cases and review of literature. *Ann Hemat.* 1998;76:283–6.
  7. Ramos L, López C, Gómez C, Mathurin S, Mateo A. Cutaneous cryptococcosis in a patient with systemic erythematous lupus. *Mycoses.* 2001;44:419–21.
  8. Jones-Caballero M, Fernández-Herrera J, Fernández-Peña P, Fraga-Fernández J, García-Diez A. Criptococosis cutánea imitando a *Molluscum contagiosum* en paciente con SIDA. *Actas Dermosifiliogr.* 1992;1:24–6.
  9. Massa MC, Doyle JA. Cutaneous cryptococcosis simulating pyoderma gangrenosum. *J Am Acad Dermatol.* 1981;5:32–6.
  10. Hecker M, Weinberg JM. Cutaneous cryptococcosis mimicking keloid. *Dermatology.* 2001;202:78–9.

M.T. Bordel-Gómez<sup>a,\*</sup>, M.I. Zafra-Cobo<sup>a</sup>,  
M.E. Cardeñoso-Álvarez<sup>a</sup>, J. Sánchez-Estella<sup>a</sup> y  
M.I. Martín-Arribas<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Virgen de la Concha, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España

<sup>b</sup> Servicio de Digestivo, Hospital Virgen de la Concha, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maitebordel@aedv.es](mailto:maitebordel@aedv.es),  
[matebordel@yahoo.es](mailto:matebordel@yahoo.es) (M.T. Bordel-Gómez).

doi:10.1016/j.ad.2010.08.004

## Enfermedad de Darier segmentaria

### Linear Darier Disease

Sr. Director:

La enfermedad de Darier es una genodermatosis autosómica dominante que suele manifestarse en la segunda década de la vida en áreas seboreicas del tronco y de la cara, y que a veces muestra un patrón localizado, lineal o zosteriforme.



Figura 1 Paciente 1.

Cuando esto ocurre hay controversia acerca de la denominación más correcta, ya que algunos autores la consideran una variante de la enfermedad de Darier y otros un nevo epidérmico con características histológicas especiales.

Presentamos dos casos de enfermedad de Darier segmentaria vistos en nuestro Servicio. El primero de ellos es el de un varón de 42 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta desde hace 25 años lesiones cutáneas localizadas en el hemitórax derecho. Las lesiones permanecen estables desde su aparición y son asintomáticas, salvo con el ejercicio, que se vuelven más eritematosas y pruriginosas. El segundo de ellos es un varón de 51 años, positivo para el VIH en estadio A3, que presenta desde hace 17 años lesiones cutáneas ligeramente pruriginosas localizadas en el hemiabdomen derecho, que en los últimos meses se habían hecho más patentes. En ambos pacientes se observan varias pápulas redondeadas agrupadas menores de 5 mm, eritematoanaranjadas, queratóticas, levemente infiltradas, algunas de ellas excoriadas, siguiendo una disposición metamérica, en la fosa clavicular derecha y el área subpectoral derecha en el caso 1 (fig. 1) y en el hemiabdomen derecho en el caso 2 (fig. 2). No se apreciaban lesiones cutáneas en otras áreas ni lesiones mucosas o ungueales en ninguno de los dos pacientes.



Figura 2 Paciente 2.