

ACTAS Derma-Sifiliográficas

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



CASO PARA DIAGNÓSTICO

Nódulos diseminados en un adulto inmunosuprimido

Widespread Nodules in an Immunosuppressed Adult

Historia clínica

Hombre de 72 años ingresado por un hematoma subdural crónico, en tratamiento con dexametasona 12 mg al día desde hacía tres meses como prevención del edema cerebral. Durante el ingreso hospitalario se detectaron numerosos nódulos subcutáneos diseminados de tres semanas de evolución y febrícula.

Exploración física

El paciente presentaba múltiples nódulos subcutáneos en diversas localizaciones del tegumento cutáneo, de predominio en el tronco, duros al tacto y no adheridos a los planos profundos. Algunos nódulos mostraban signos inflamatorios (fig. 1).

Histopatología

Al realizar la biopsia de un nódulo cutáneo se obtuvo muestra para anatomía patológica y se drenó el material purulento. La tinción con hematoxilina-eosina permitió comprobar un denso infiltrado inflamatorio en la dermis profunda y la



Figura 1

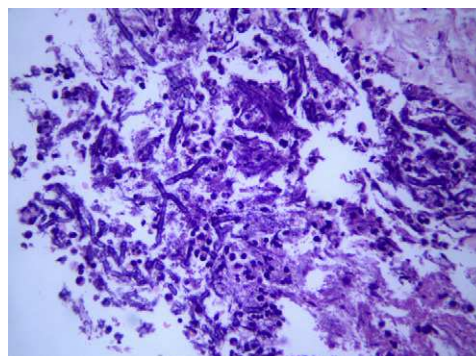


Figura 2 Hematoxilina eosina x200.



Figura 3

presencia de hifas tabicadas con ramificaciones de 45 grados (fig. 2).

Pruebas complementarias

En la analítica destacaba una leucocitosis con neutrofilia. En la radiografía de tórax se observó una lesión cavitada parahiliar izquierda (fig. 3). La TAC torácica mostró un tumor bien definido de 5 cm de diámetro, con patrón en miga de pan y nivel hidroaéreo en el segmento anterior del lóbulo superior izquierdo. Se realizó una punción-aspiración con aguja fina, sin conseguir material suficiente para el diagnóstico. Los hemocultivos fueron negativos.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Aspergilosis cutánea secundaria.

Pruebas complementarias

Los cultivos de la biopsia cutánea y del esputo fueron positivos para *Aspergillus fumigatus*.

Evolución y tratamiento

A pesar del tratamiento endovenoso con caspofungina 50 mg/ 24 h y voriconazol 200 mg/12 h el paciente falleció a los 13 días.

Comentario

La aspergilosis es la infección producida por las especies del género *Aspergillus*, siendo *A. flavus* y *A. fumigatus* las más frecuentes. La aspergilosis suele afectar a pacientes inmunocomprometidos, dado que los principales factores de riesgo son la neutropenia, la corticoterapia y las neoplasias malignas, tanto sólidas como hematológicas. La infección también se ha relacionado con la presencia de obras y movimiento de tierra en el hospital o cerca de él, al generar una mayor concentración de esporas del hongo en el ambiente.

La aspergilosis cutánea se divide en tres formas clínicas. La forma primaria aparece tras la inoculación directa del hongo en la piel¹. La forma secundaria o hematógena se produce cuando el hongo llega a la piel por vía sanguínea desde el pulmón². Esta forma clínica sólo ocurre en un 4% de los casos de aspergilosis sistémica³. La forma terciaria, o por invasión directa, se produce cuando el hongo invade la piel contigua a partir de un foco vecino, como por ejemplo los senos. El agente etiológico más frecuente de la aspergilosis primaria es *A. flavus* y de la secundaria es *A. fumigatus*. Otras especies que pueden encontrarse, como agentes causales, aunque con menor frecuencia son: *A. niger*, *A. terreus* y *A. nidulans*.

Para realizar el diagnóstico de la aspergilosis cutánea se precisa una biopsia cutánea. Con las tinciones de PAS y metenammina argéntica se pueden observar hifas tabicadas con

ramificaciones uniformes de 45°. El cultivo permitirá confirmar la aspergilosis y determinar la especie. El hemocultivo es negativo en la mayoría de los casos. La radiografía de tórax, la TAC torácica y el estudio histológico son imprescindibles para el diagnóstico de la infección pulmonar primaria. Sin embargo, el cultivo del esputo es de poca utilidad, dado que no permite diferenciar entre colonización pulmonar o enfermedad invasiva.

En el tratamiento de la aspergilosis invasiva se utiliza voriconazol, posaconazol, anfotericina B y caspofungina por vía endovenosa⁴. Pese al tratamiento, la aspergilosis cutánea secundaria tiene una mortalidad mayor del 90%⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Torrelo A, Hernández-Martín A, Scaglione C, Madero L, Colmenero I, Zambrano A. Aspergilosis cutánea primaria en un niño con leucemia. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:276–8.
2. Palencia Pérez SI, Rodríguez Peralto JL, Guerra Tapia A, Iglesias Díez L. Aspergilosis diseminada en un paciente inmunodeprimido. *Actas Dermosifiliogr*. 2002;93:507–10.
3. D'Antoni D, Pagano L, Girmenia C, Mele L, Candoni A, Ricci P, et al. Cutaneous aspergillosis in patients with haematological malignancies. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2000;19:362–5.
4. Erjavec Z, Kluin-Nelemans H, Verweij PE. Trends in invasive fungal infections, with emphasis on invasive aspergillosis. *Clin Microbiol Infect*. 2009;15:625–33.
5. Ali R, Ozkalemakas F, Ozcelik T, Ozkocaman V, Ozkan A, Bayram S, et al. Invasive pulmonary aspergillosis: role of early diagnosis and surgical treatment in patients with acute leukemia. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2006;27:5–17.

E. Masferrer* y D. Vidal

Servicio de Dermatología, Hospital de Sant Joan Despi
Moisès Broggi, Sant Joan Despi, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilimasferreriniubo@gmail.com
(E. Masferrer).