

Pápulas de rápida aparición en paciente diabética con insuficiencia renal crónica

Papules of rapid emergence in diabetic patient with chronic renal failure

Arnaldo Aldama,¹ Nidia Aquino², Libia Martínez² y Fabián Aldama³

Caso clínico

Mujer de 39 años, sexo femenino, procedente de Guarambaré (Paraguay), internada en el Servicio de Clínica Médica por uremia y septicemia bacteriana a punto de partida de catéter para hemodiálisis.

Diabética con insuficiencia renal crónica que era dializada en forma irregular desde hace 3 meses.

El Servicio de Dermatología es llamado a interconsulta por la aparición de lesiones pruriginosas que se habían iniciado en el rostro 5 días antes, aumentando muy rápidamente en número y extensión, afectando tronco y miembros superiores.

Al examen físico se observaban múltiples pápulas, la mayoría color piel, algunas eritematovioláceas o blanquecinas, de 0.1 a 0.5 cm. de diámetro, de bordes redondeados y límites netos, localizadas en rostro, cuello, parte superior de tronco y región proximal de miembros superiores. Las lesiones confluían en zonas y en la superficie de algunas se observaban pústulas, pequeñas costras o depresión central (Fotos 1 y 2).

Se realizó biopsia para anatomía patológica (Fotos 3 y 4).

(Dermatol. Argent., 2014, 20(1): 60-62)

Fecha de recepción: 30/07/2013 | **Fecha de aprobación:** 17/12/2013

¹ Jefe de Servicio

² Residentes de Dermatología

³ Residente de Medicina Interna.

Servicio de Dermatología. Hospital Nacional, Itaugua - Paraguay.

Correspondencia: Arnaldo Aldama: arnaldo_aldama@hotmail.com



FOTO 1: Pápulas monomorfas distribuidas por todo el rostro y cuello.



FOTO 2: Algunas lesiones presentan umbilicación central.

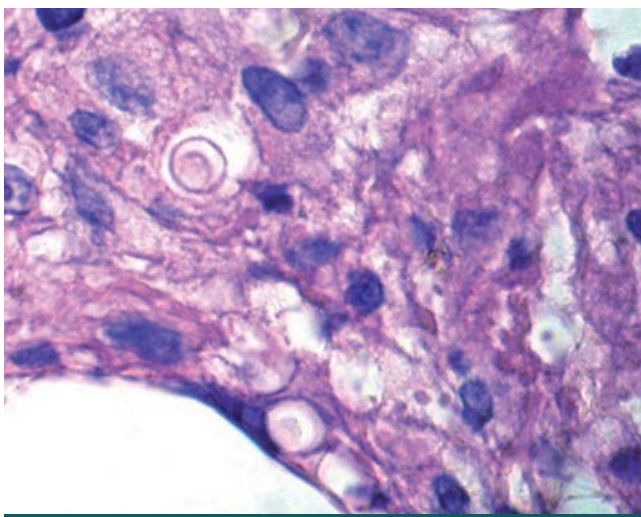


FOTO 3: (H-E 40x) Elementos levaduriformes encapsulados.

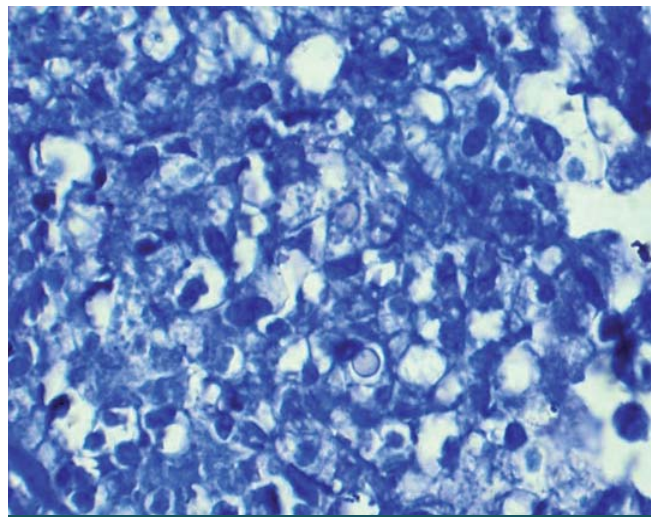


FOTO 4: (Giemsa 25x) Elementos levaduriformes encapsulados.

Diagnóstico

Criptococosis sistémica

Comentarios

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico al observarse el característico agente etiológico con el espacio claro que corresponde a la cápsula.

Clínicamente se consideraron otros diagnósticos como erupción acneiforme desencadenada por fármacos, sarcoidosis, lesiones secundarias a infecciones bacterianas, virósicas o micóticas.

La evolución de la paciente fue fulminante, pues la criptococosis asociada a las patologías previas produjo una falla multisistémica que determinó su muerte en pocos días, sin que se pudiera iniciar una terapéutica específica. En otros casos se relata una evolución similar.¹

La criptococosis es una infección oportunista, afecta a individuos inmunocomprometidos por linfomas, leucemia, diabetes, sarcoidosis, colagenopatías, así como a pacientes bajo tratamiento con antibióticos, glucocorticoides o inmunosupresores o bien con trasplante de órganos.² La diabetes y el uso de antibióticos estaban presentes en nuestra paciente.

Otro factor muy importante en este caso es la insuficiencia renal crónica. Se conoce que la uremia disminuye la tasa de transformación linfocítica y la producción de algunas citoquinas implicadas en el desarrollo de la respuesta inmune contra el criptococo, facilitando la rápida progresión y diseminación.^{3,4}

El SIDA es la principal causa del desarrollo de esta infección oportunista. Se considera que el 6 al 50% de los afectados lo presentan y esta frecuencia varía según la región geográfica.^{2,5}

El *Cryptococcus neoformans* penetra al organismo generalmente por inhalación, afectando los pulmones. La piel es el segundo órgano en frecuencia de invasión tras el sistema nervioso central.^{2,5,6}

Las lesiones cutáneas específicas aparecen en un 10 a 20% y pueden ser pápulas de tipo molusco contagioso, acneiformes o purpúricas, vesículas herpetiformes, pús-

tulas, otras tipo pioderma gangrenoso, nódulos subcutáneos, tipo paniculitis o celulitis, úlceras tórpidas, abscesos. Las lesiones cutáneas que pueden ser únicas o múltiples predominan en cara, cuello, tórax.^{2,5,6} En nuestro caso observamos lesiones tipo pápulas acneiformes o moluscos y pústulas en la localización descrita.

En el caso presentado el compromiso cutáneo fue la primera manifestación de la enfermedad, hecho descrito frecuentemente en la literatura.^{6,7} La paciente no presentaba compromiso neurológico clínicamente objetivable y la afectación pulmonar fue difícil de definir por presentar otras morbilidades (edema pulmonar, probable neumopatía bacteriana).

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Gloria Mendoza y al Dr. Luis Celias por facilitar las fotos histológicas.

Bibliografía

1. Moreno M., Cortez F., Quijano E., Serrano G., et ál. Manifestaciones cutáneas de criptococosis diseminada asociada a VIH/SIDA. *Dermatol Perú* 2007; 17: 184-192.
2. Arenas R. *Micología Médica Ilustrada*. 2º Ed., Mc Graw- Hill Interamericana, México, 2003, 205-211.
3. Vásquez L., Molina V., Toro A., Gómez C., et ál. Criptococosis cutánea: manifestación inicial de una infección diseminada en un paciente con trasplante renal. *Rev Asoc Col Dermatol* 2008; 16: 91-93.
4. Vilchez R. A., Fung J., Kusne S. Cryptococcosis in Organ Transplant Recipients: An Overview. *Am J Transplant* 2002; 2: 575-580.
5. Resenga F., Paricio J., Nebreda T. Criptococosis. *Piel* 2001; 16: 329-334.
6. Muñoz M. SIDA. Virosis de transmisión sexual. En Conejo- Mir J, Moreno J., Camacho F. *Tratado de Dermatología*, Océano Ergon, Barcelona, 857-878.
7. Bava A., Trombetta L., Galache V., Zuliani M., et ál. Diagnóstico de criptococosis a partir de lesiones cutáneas. *Acta Bioquím Clín Latinoam* 2010; 44: 33-36.