



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Aspergilosis cutánea secundaria pustulosa en paciente inmunosuprimido

Pustular Secondary Cutaneous Aspergillosis in an Immunosuppressed Patient

Sra. Directora:

Con el incremento de las terapias inmunosupresoras, debido a procedimientos como el trasplante renal o la poliquimioterapia intensiva para el tratamiento de las neoplasias, en los últimos años se ha incrementado notablemente las infecciones oportunistas por hongos^{1,2}. *Aspergillus* es un hongo filamentoso oportunista ubicuo, que se encuentra con frecuencia en el suelo, en sustancias orgánicas en descomposición e incluso en restos alimentarios². Suele incrementarse su número en condiciones de movilización de polvo, de manera que es especialmente abundante durante las obras de construcción y mantenimiento, principalmente en hospitales². Por este motivo, es importante evitar la exposición de los pacientes con inmunosupresión y riesgo de infección a lugares en obras y con humedad. *Aspergillus* puede producir infecciones graves con afectación primaria o secundaria de la piel³. Presentamos un caso clínico de aspergilosis cutánea con morfología ampollar.

Un paciente de 56 años en seguimiento por mieloma múltiple IgA desde los últimos 4 años, estadio IIIA, es valorado por presentar lesiones cutáneas indoloras nodulares de más de 1 cm y una gran ampolla de reciente aparición en el codo izquierdo. El paciente había recibido múltiples tratamientos para su neoplasia incluyendo quimioterapia con bortezomib 1,3 mg/m² cada 4 días 4 ciclos en total, ciclofosfamida 500 mg en 3 días espaciados una semana y durante 4 días, y dexametasona 40 mg cada 2 días durante 12 días, así como radioterapia y autotrasplante de progenitores hematopoyéticos. En 2015 presentó una nueva recaída, por lo que se decidió intentar un alotrasplante de intensidad reducida (mini-ALO con terapia de acondicionamiento reducida FLUMEL-ATG, consistente en melfalán 70 mg/m², fludarabina 30 mg/m²/d, bortezomib 1,3 mg/m² y timoglobulina 2 mg/m²) con incremento de la dosis de quimioterapia con melfalán, infundiendo hasta 150 mg/m².

Cuarenta días después del trasplante fue valorado por dermatología al presentar de forma súbita nódulos subcutáneos eritematosos e indoloros en la cara anterior

de los muslos, de aproximadamente 3 cm de diámetro, en ambas extremidades inferiores, así como en el flanco izquierdo abdominal (fig. 1 A). Una de las lesiones, localizada en la cara lateral del codo izquierdo, presentaba una ampolla tensa de 1,5 cm de tamaño, de contenido sanguinopurulento, con nivel hidroaéreo (fig. 1 B). No refería otra sintomatología en la anamnesis. Coincidiendo con esta clínica había presentado una elevación progresiva del galactomanano sérico hasta llegar a un índice de antigenemia de 0,9, con niveles previos indetectables.

Teniendo en cuenta la clínica y el contexto del paciente se procedió a realizar una biopsia cutánea para estudio histopatológico y microbiológico. El primero, realizado de la lesión en el codo, evidenció una ampolla subepidérmica de contenido purulento y un infiltrado subyacente de abundantes leucocitos polimorfonucleares produciendo gran destrucción tisular, con desvitalización de estructuras, desestructuración de haces colágenos y borramiento de los anejos (fig. 2 A). A mayor detalle, con tinción de PAS, se podía observar estructuras lineales septadas y bifurcadas en ángulo agudo a 45° en todo el espesor de la dermis hasta llegar a las porciones más superficiales del tejido celular subcutáneo, de aproximadamente 3 μm de diámetro y de hasta 80 μm de longitud en algunos cortes, compatibles con hialohifomicosis (fig. 2 B). El estudio microbiológico en medio de agar Sabouraud demostró crecimiento de *Aspergillus flavus* con sensibilidad a voriconazol y equinocandinas, objetivado mediante ETEST® (Biomérieux Lab, Estados Unidos).

Se procedió a iniciar tratamiento antifúngico intensivo con voriconazol a dosis de 400 mg de carga, con mantenimiento posterior de 200 mg cada 12 horas y anidulafungina (200 mg intravenosos de carga, con pauta posterior de 100 mg cada 24 h). A los 3 días el paciente comenzó con un cuadro de hemiparesia derecha. Se realizó estudio de extensión con tomografía computarizada (TC) de tórax, evidenciándose lesiones cavitadas en el lóbulo pulmonar superior derecho no conocidas previamente (fig. 3 A) y una TC cerebral (fig. 3 B) donde se observaron 2 lesiones avasculares frontales compatibles con ictus secundario a proceso infeccioso. Se decidió secuenciar el tratamiento a anfotericina B (400 mg intravenosos cada 24 h ajustado por peso). No obstante, a los 7 días comenzó con un cuadro de disnea grave dependiente de oxígeno, afasia y deterioro del estado general. Una nueva TC craneal mostró múltiples imágenes similares a la previa, pero en todo el parénquima cerebral. El

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.07.004>

0001-7310/© 2017 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

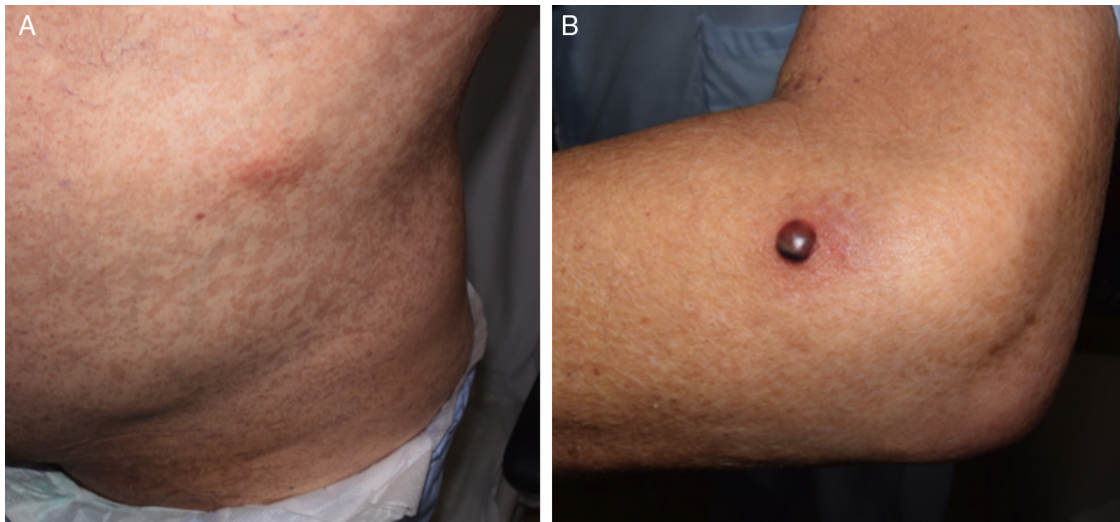


Figura 1 Presentación clínica del paciente. A. Nódulo eritematoso en región del flanco abdominal izquierdo, no doloroso y no fluctuante. B. Pústula sobre base eritematosa indurada, con nivel hidroaéreo y restos hemorrágicos en su interior.

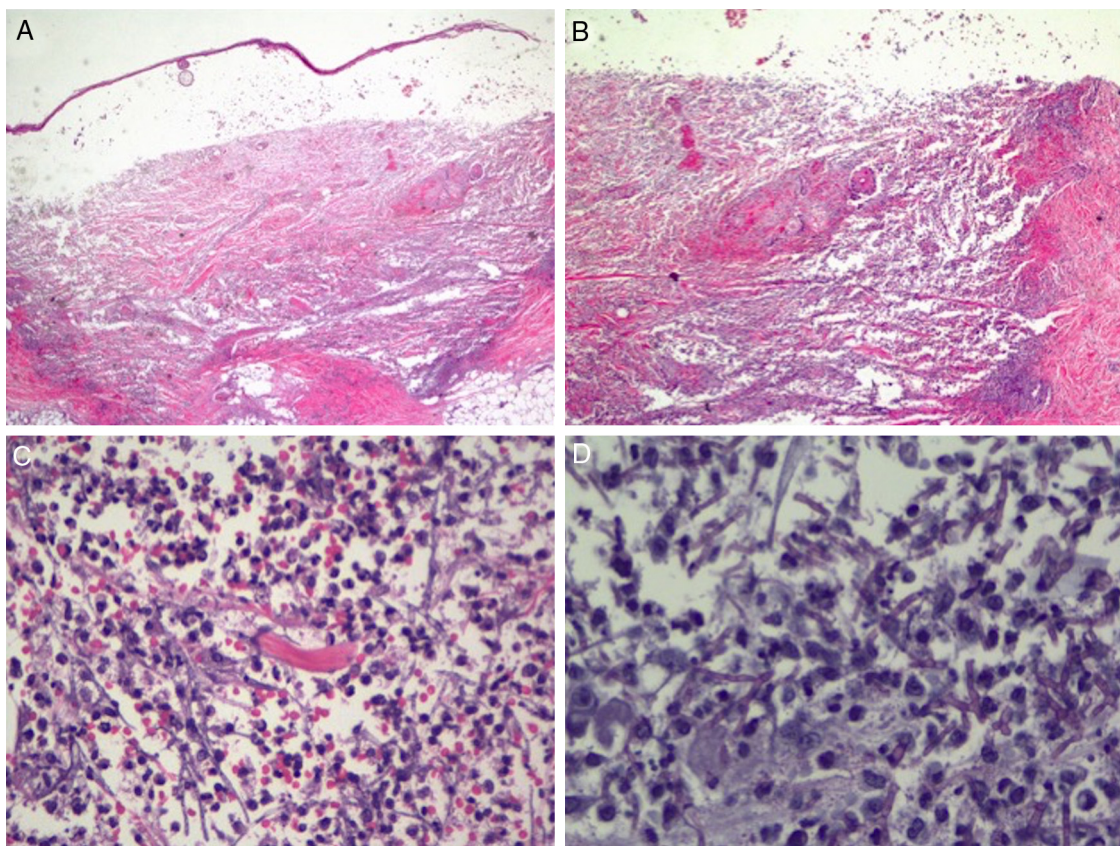


Figura 2 Estudio histológico de la pústula por biopsia incisional. A. Gran ampolla subepidérmica con gran destrucción tisular subyacente abarcando la dermis y el tejido celular subcutáneo (tinción de hematoxilina y eosina $\times 2$, magnificación $\times 20$). B. Se observa un infiltrado neutrofílico denso con destrucción del colágeno dérmico y vasculitis asociada (tinción de hematoxilina y eosina $\times 10$, magnificación $\times 100$). C. Detalle en el que se observan neutrófilos infiltrando densamente la dermis y rodeando estructuras filamentosas discretamente perceptibles (tinción de hematoxilina y eosina $\times 20$, magnificación $\times 200$). D. A mayor detalle y con tinción de PAS se visualizan estructuras lineales tabicadas y en ángulo agudo compatible con el diagnóstico clínico y microbiológico de aspergilosis cutánea (tinción de PAS $\times 40$ magnificación $\times 400$).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8709708>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8709708>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)