



Criptococose cutânea em paciente nao-imunocomprometido

Paulo R. Taborda¹.

Jaison A. Barreto².

¹Divisão de Dermatologia, Instituto L.S Lima e Universidade Sagrado coração, Bauru, Sao Paulo. fungi@blv.com.br

²Divisão de Patologia, Instituto L.S Lima, Bauru, São Paulo

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

Paciente brasileiro, de sexo masculino, 72 años, desarrolló una lesión ulcerativa grande, en el tercio distal dorsal del antebrazo derecho, luego en una raspadura. El paciente no estaba inmunocomprometido. No se detectó complicación sistémica. Se confirmó el diagnóstico de criptococosis cutánea por exámen histopatológico y micológico. Luego de 4 meses de terapia diaria con itraconazol (200mg/día), las lesiones sanaron completamente sin recaída (2 años de seguimiento).

SUMMARY

A 72-year-old Brazilian man developed a large ulcerative lesion on the distal third of the right dorsal forearm after a scratching. The patient was not immunocompromised. No systemic involvement was detected. Diagnosis of cutaneous cryptococosis was confirmed based on mycological and histopathological examination. After 4 months therapy with daily itraconazol (200mg/day), the lesions completely healed with no relapse (2 years follow-up).

INTRODUCCIÓN

Um paciente masculino, brasileiro, 72 anos, desenvolveu uma extensa lesão ulcerada no terço distal do antebraço direito após uma arrachadura. O paciente não era imunodeprimido. Nenhuma complicação sistêmica foi detectada. O diagnóstico de criptococose cutânea foi

confirmado por exames histopatológico e micológico. Após 4 meses de terapia diária com itraconazol (200 mg/dia) as lesões curaram totalmente, sem recidiva (2 anos de seguimento).

RELATO DO CASO



Homem, 72 anos, bancário aposentado, refere que há dois meses sofreu uma arranhadura no antebraço direito, enquanto estava fazendo serviço de mecânica sob um veículo. Usou um produto para remover a graxa no local, e notou, no dia seguinte, pápula avermelhada assintomática, de crescimento centrífugo. Três dias depois, procurou serviço médico, sendo diagnosticado “alergia”, para a qual foi prescrito uma pomada e filtro solar, que não impediram a progressão da lesão. Esta evoluiu para uma placa ulcerada com eliminação de

secreção serossanguinolenta que ocupou quase todo o antebraço direito, sem apresentar sintomas sistêmicos ou linfonodomegalia regional. Negava hábitos nocivos a saúde, doenças prévias ou contato com aves em geral. Realizou biópsia, sendo diagnosticado criptococose cutânea, e foi submetido a punção lombar, exames laboratoriais gerais, culturas de escarro e urina, e radiografia de tórax, todos sem anormalidades. Foi tratado com itraconazol, na dosagem de 200 miligramas por dia, com remissão total após quatro meses.

DISCUSSÃO

As manifestações cutâneas da criptococose são extremamente polimorfas, incluindo lesões papulares, nodulares, celulites, que podem ou não ulcerar (1,2). Tais lesões podem preceder ou aparecer concomitantemente a alterações de outros órgãos. Apesar da doença ser adquirida geralmente pela via inalatória, existem relatos de inoculação cutânea primária, a qual deve ser descartada, a não ser que haja linfonodomegalia regional evidente, o que não é freqüente (2,4). Diante de um quadro de uma lesão ulcerada extensa, profunda e oligossintomática, sem sinais sistêmicos, e que não responde à antibioticoterapia, deve-se pensar em criptococose cutânea. Confirmado o diagnóstico, realiza-se o rastreamento de eventuais condições imunossupressoras associadas e de possível comprometimento sistêmico, em especial dos órgãos mais comumente comprometidos, como sistema nervoso central, rins e ossos (2,3,4).

A análise histopatológica das lesões mostra um quadro granulomatoso contendo inúmeros fungos revestidos por uma cápsula mucinosa, de espessura variável e de aspecto radiado (um notável artefato de fixação), que se cora por praticamente todas as técnicas utilizadas para corar mucinas, como ferro coloidal, mucicarmim, PAS, alcian blue, cresil violeta (a qual mostra uma birrefringência verde-amarelada virtualmente patognomônica), e também pelas colorações de rotina (HE, Gram e metenamina prata) (1,5). Quanto a tipagem do fungo, deve se proceder a cultura em meio CGB (canavanina, glicina e bromotimol), a qual mostra formação de pigmento azulado na presença do *C. neoformans* var. *gattii*, sendo a doença neste caso, em geral, de melhor prognóstico. Apesar da variante, a morbidade vai depender também da doença de base e do comprometimento sistêmico (2).

Há diferentes modalidades de tratamento descritas, variando desde a simples exérese cirúrgica da lesão (nos casos cutâneos localizados), a utilização de antifúngicos sistêmicos, predominantemente os imidazólicos orais, como fluconazol e itraconazol (1-5). Atualmente o itraconazol parece ser o antifúngico mais indicado nas formas cutâneas sem o comprometimento sistêmico, por ser a droga oral com menor concentração inibitória mínima (CIM) e por apresentar boa relação custo-benefício. A anfotericina-B deve ser utilizada nos casos mais severos da doença (associada ou não a 5-fluocitosina), principalmente na presença de comorbidades, podendo ser substituída pelo fluconazol nos casos de intolerância e quando houver envolvimento do sistema nervoso central. O tratamento deve ser mantido até a cura clínica, em geral de três a seis meses. A profilaxia será instituída, com fluconazol ou anfotericina-B nos casos de envolvimento do sistema nervoso central e casos com co-morbidades (por exemplo, AIDS), permanecendo indefinidamente. No caso ora relatado, o paciente foi tratado com itraconazol (200 mg/d durante 4 meses) e como não tinha condições imunossupressoras de base a medicação foi suspensa após cura clínica e micológica, permanecendo assintomático por 2 anos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chandler F.H. et al. Color Atlas and Text of the Histopathology of Mycotic Diseases. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1980.
2. Emmons C.W. et al. Medical Mycology. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1970.
3. Fernades N.C. Cryptococcal meningitis in a patient with pemphigus vulgaris: a case report. Anais Brasileiros de Dermatologia, 1997 72(2):175-177.
4. Ramos M. R. Criptococose cutânea primária: relato de um caso em imunossuprimido. Anais Brasileiros de Dermatologia, 1998 73(5):425.
5. Woods A.E. Laboratory Histopathology – A Complete Reference. New York: Churchill-Livingstone, 1994.