



## DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

# Criptococose cutânea primária: o diagnóstico deve ser precoce



Cacilda da Silva Souza <sup>ID</sup>\*, Maria Hideko Takada <sup>ID</sup>,  
 Marcela Vendruscolo Ambiel <sup>ID</sup> e Viviane Tiemi Nakai <sup>ID</sup>

Divisão de Dermatologia, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

Recebido em 4 de outubro de 2020; aceito em 7 de dezembro de 2020

## PALAVRAS-CHAVE

Criptococose;  
 Dermatopatias;  
 Doenças fúngicas;  
 Pele

**Resumo** As espécies do complexo *Cryptococcus neoformans* apresentam distintos padrões epidemiológicos na infecção de indivíduos em condições de imunossupressão ou imunocompetência, e comum peculiaridade do tropismo para o sistema nervoso central. A criptococose cutânea primária é uma entidade clínica rara, com manifestações inicialmente restritas à pele por inoculação do fungo, e ausência de doença sistêmica. Relatamos aqui o caso de um homem de 61 anos de idade, imunocompetente, com tumoração mucóide de rápida evolução sobre escoriações em contato com dejetos de pássaros no antebraço. A precocidade do reconhecimento das manifestações cutâneas polimórficas e do tratamento são determinantes para o prognóstico favorável da infecção, que pode ser ameaçadora à vida.

© 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Na criptococose, infecção por leveduras encapsuladas, as espécies *Cryptococcus neoformans* var. *grubii* e *C. neoformans* var. *neoformans* são associadas ao hospedeiro imunocomprometido ou imunocompetente e hábitat de

excretas de aves; e a espécie *Cryptococcus gattii*, ao hospedeiro imunocompetente e restos vegetais (*Eucalyptus camaldulensis*) de áreas tropicais e subtropicais.<sup>1-3</sup>

Seguido à inalação das leveduras, o acometimento pulmonar associado à meningoencefalite pode ocorrer em expressiva frequência dos casos; as manifestações cutâneas ocorrem em 10% a 15%, por disseminação hematogênica da infecção. Já a criptococose cutânea primária (CCP) é uma entidade rara, restrita inicialmente à pele, por inoculação direta do fungo, sem sinais da doença sistêmica.<sup>1-4</sup> O quadro cutâneo, primário ou secundário, é polimórfico (pápulas, púrpuras, vesículas/bolhas, pústulas, nódulos, tumorações, ulcerações, paniculite/celulite necrotizante, abscessos similares à acne ou molusco contagioso)

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.12.004>

\* Como citar este artigo: Silva Souza C, Takada MH, Ambiel MV, Nakai VT. Primary cutaneous cryptococcosis: the importance of early diagnosis. An Bras Dermatol. 2021;96:482–4.

\*\* Trabalho realizado na Divisão de Dermatologia, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [cssouza@fmrp.usp.br](mailto:cssouza@fmrp.usp.br) (C. Silva Souza).



**Figura 1** (A), Tumoração friável de aspecto mucoide. (B), Pós-destacamento da placa mucoide e necrótica; (C), Cicatrização aos 120 dias.

e pode postergar o diagnóstico e levar a desfechos desfavoráveis.<sup>1-7</sup>

A mortalidade, estimada em 10% nos países desenvolvidos, pode se elevar em quatro vezes em países como a Tailândia. Embora rara e de evolução favorável, a CCP pode ser ameaçadora à vida, particularmente em pacientes com doenças subjacentes ou imunocomprometimento, visto a possibilidade de disseminação e acometimento do sistema nervoso central (SNC).<sup>1-3,6</sup>

## Relato do caso

Homem, 61 anos de idade, referia pápula pruriginosa e eritematosa no antebraço esquerdo havia 30 dias, que rapidamente progrediu para tumoração dolorosa, friável e de aspecto mucoide (fig. 1A). Notou-se ausência de febre, queixas sistêmicas e linfonodomegalia, além da presença de

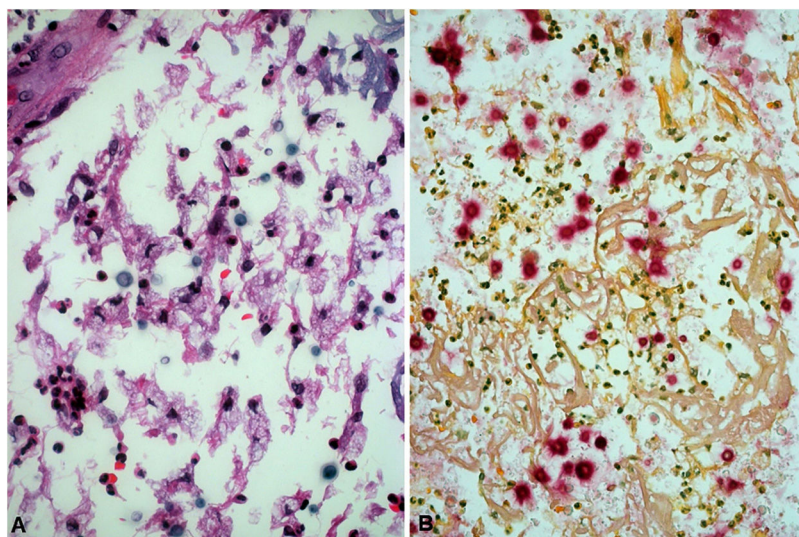
escoriações nos antebraços por cuidados com pássaros. A hipótese de CCP e o início do antifúngico foram fundamentados na visualização de estruturas leveduriformes no micológico direto, que foram coradas por *Grocott-Gomori* (fig. 2A) e *mucicarmim* de Mayer no anatomopatológico (fig. 2B); e no crescimento do *Criptococcus neoformans* na cultura. Sorologia para fungos, incluída criptococose, não foi reagente; ELISA para HIV, negativo; radiografia do tórax e análise líquórica, normais. O tratamento com fluconazol (400 mg diários), intravenoso por 30 dias promoveu destacamento da placa mucoide e necrótica (fig. 1B) e foi seguido do uso oral por 11 meses com total re-epitelização (fig. 1C).

Os critérios para diagnóstico de CCP compreendem: restrição à manifestação cutânea sem evidências de doença sistêmica e cultura positiva para *Cryptococcus* spp.; além disso, lesão única ou confinada a uma área corporal descoberta (membros ou face), traumas prévios, escoriações, ulcerações ou lesões cutâneas preexistentes no sítio da infecção e exposição à fonte contaminada.<sup>2,4</sup>

Na revisão de 11 casos de CCP publicados do Brasil em hospedeiros imunocompetentes, notou-se faixa etária elevada (média 70,91 anos), maioria de homens (81,82%), com trauma prévio e/ou exposição às fontes contaminadas (63,63%) do sítio das lesões, e tempo médio de 62,14 dias (15 a 210 dias) até o diagnóstico. Em comum, acometimento do antebraço, ulceração sobre placas ou nódulos, nodosidades e/ou tumorações de aspecto brilhante, mucoide ou secretivo (gelatinoso); prurido ao início (três casos), dor e necrose (dois casos), cura para a maioria, mas um óbito em paciente com cirrose e abuso de álcool.<sup>4-10</sup>

Sítio anatômico e estado imune do hospedeiro são definidores do tratamento. Para o manejo das manifestações menos usuais na população HIV negativa com sítio único de infecção, sem evidências de acometimento do SNC, fungemia ou imunossupressão, o fluconazol oral (6 mg/kg/dia) por 6 a 12 meses tem sido recomendado.<sup>3</sup>

Visto que a manifestação cutânea possa preceder infecção disseminada, seu reconhecimento e as intervenções terapêuticas precoces são cruciais para redução de desfechos desfavoráveis.



**Figura 2** (A), Estruturas arredondadas coradas por metenamina prata de Grocott-Gomori; (B), e mucicarmim de Mayer.

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Cacilda da Silva Souza: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica da literatura.

Maria Hideko Takada: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica do manuscrito.

Marcela Vendruscolo Ambiel: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Viviane Tiemi Nakai: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Maziarz EK, Perfect JR. Cryptococcosis. *Infect Dis Clin North Am.* 2016;30:179–206.
2. Christianson JC, Engber W, Andes D. Primary cutaneous cryptococcosis in immunocompetent and immunocompromised hosts. *Med Mycol.* 2003;41:177–88.
3. Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, Goldman DL, Graybill JR, Hamill RJ, et al. Clinical practice guidelines for the management of cryptococcal disease: 2010 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010;50:291–322.
4. Marques SA, Bastazini I Jr, Martins ALGP, Barreto JA, D'Elia MPB, Lastória JCL, et al. Primary cutaneous cryptococcosis in Brazil: report of 11 cases in immunocompetent and immunosuppressed patients. *Int J Dermatol.* 2012;51:780–4.
5. Lacaz CS, Heins-Vaccari EM, Hernández-Arriagada GL, Martins EL, Prearo CAL, Corim SM, et al. Primary cutaneous cryptococcosis due to *Cryptococcus neoformans* var. *gattii* serotype B, in an immunocompetent patient. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2002;44:225–8.
6. França AVC, Carneiro M, dal Sasso K, Souza Silva C, Martinelli A. Cryptococcosis in cirrhotic patients. *Mycoses.* 2005;48:68–72.
7. Leão CA, Ferreira-Paim K, Andrade-Silva L, Mora DJ, Silva PR, Machado AS, et al. Primary cutaneous cryptococcosis caused by *Cryptococcus gattii* in an immunocompetent host. *Med Mycol.* 2011;49:352–5.
8. Nasser N, Nasser Filho N, Vieira AG. Primary cutaneous cryptococcosis in an immunocompetent patient. *An Bras Dermatol.* 2011;86:1178–80.
9. Pasa CR, Chang MR, Hans-Filho G. Post-trauma primary cutaneous cryptococcosis in an immunocompetent host by *Cryptococcus gattii* VGII. *Mycoses.* 2012;55:e1–3.
10. Nascimento E, Silva MENB, Martinez R, von Zeska KMR. Primary cutaneous cryptococcosis in an immunocompetent patient due to *Cryptococcus gattii* molecular type VGI in Brazil: a case report and review of literature. *Mycoses.* 2014;57:442–7.