

Lesiones nodulares en una paciente inmunosuprimida

Nodular skin lesions in an immunosuppressed patient

María Eugenia Caram,¹ Luis Agustín Bollea Garlatti,² Ana Clara Torre³
y Ricardo Luis Galimberti⁴

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 68 años de edad, que consultó por lesiones nodulares en la pierna derecha de 5 meses de evolución. Como antecedentes refería miastenia gravis en tratamiento con meprednisona 30 mg/día y tendinitis aquilina secundaria al uso de quinolonas. Al examen físico presentaba múltiples nódulos, cubiertos por piel eritematosa, de 1 cm de diámetro, móviles, sin aumento de la temperatura local, levemente dolorosos, localizados en la región interna del tercio medio y distal de la pierna derecha. Sobre una de estas lesiones se observaba una úlcera redondeada, de 7 mm de diámetro, con fondo fibrinoso y bordes irregulares eritematosos (fotos 1 y 2). Se le realizaron biopsias de las lesiones nodulares no ulceradas. El estudio histológico con hematoxilina-eosina evidenció infiltrados inflamatorios mixtos constituidos por polimorfonucleares, linfocitos y células gigantes multinucleadas en dermis profunda y tejido celular subcutáneo (foto 3) (*Dermatol. Argent.*, 2015, 21 (3): 227-229).

Fecha de recepción: 8/1/2015 | **Fecha de aprobación:** 15/1/2015

¹ Médica residente de cuarto año de Dermatología

² Ex jefe de residentes del Servicio de Dermatología

³ Médica de planta

⁴ Jefe del Servicio de Dermatología

Hospital Italiano de Buenos Aires, Juan D. Perón 4190, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.
Correspondencia: María Eugenia Caram. eugenia.caram@gmail.com



FOTO 1. Múltiples nódulos eritematosos en la pierna derecha. Sobre uno asienta una úlcera de fondo fibrinoso.



FOTO 2. Nódulo cubierto de piel eritematosa, levemente doloroso, en cara interna de pierna derecha.

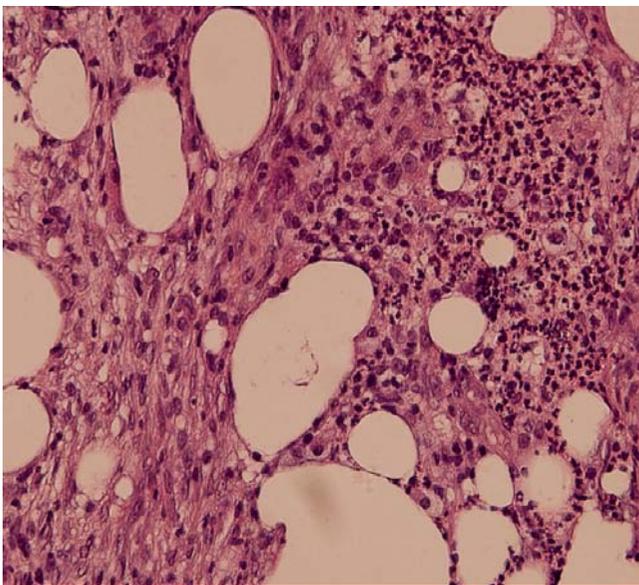


FOTO 3. Infiltrados inflamatorios mixtos constituidos por polimorfonucleares, linfocitos y células gigantes multinucleadas (HyE, 20x).

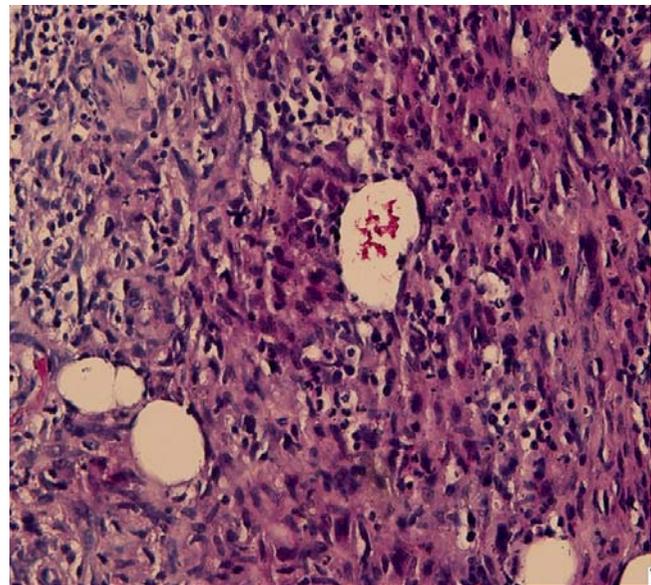


FOTO 4. Presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (técnica de Ziehl-Neelsen, 20x).

Diagnóstico

Infección localizada de partes blandas por *M. chelonae* en un huésped inmunocomprometido, diagnosticada por la presencia de bacilos ácido alcohol resistente en el estudio histológico y baciloscopia (foto 4). Cultivo de piel positivo para *Micobacterium chelonae*.

Comentario

Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son bacilos ácido-alcohol resistentes que fueron clasificadas por Runyon según su velocidad de crecimiento (rápido o lento) y su capacidad para la formación de pigmento.¹ Se encuentran distribuidas en la naturaleza, principalmente en el agua y en el suelo.² Son microorganismos saprófitos sin capacidad de transmisión de persona a persona.³ Se ha observado en la última década un aumento de la incidencia de las infecciones de piel y partes blandas por MNT. Esto responde a una causa multifactorial que incluye el envejecimiento de la población general, un aumento de la incidencia de patologías inmunosupresoras, mayor frecuencia de realización de procedimientos cosméticos y quirúrgicos, y a una creciente tendencia a la utilización de técnicas de medicina complementaria y alternativa, como por ejemplo la acupuntura.⁴ Clínicamente pueden ocasionar seis grandes síndromes: infección pulmonar, linfadenitis regional no dolorosa, infecciones de piel y partes blandas, enfermedad diseminada, infección asociada a catéter e infección granulomatosa crónica de la bursa, los tendones y los huesos.⁵

Mycobacterium chelonae, microorganismo aislado en el cultivo de la paciente, es una MNT de crecimiento rápido no productora de pigmento (grupo IV de la clasificación de Runyon).^{1,6} Este microorganismo fue el que se desarrolló en el cultivo de la lesión de la paciente. Puede ocasionar infecciones en el ser humano y su presentación clínica varía según el estado inmunitario del huésped. En individuos inmunocompetentes se presenta como una infección localizada en sitios de traumatismo previo o relacionada con la realización de procedimientos invasivos diagnósticos, terapéuticos o estéticos. En huéspedes inmunocomprometidos se puede presentar como una infección generalizada o localizada sin una puerta de entrada clara.³ La apariencia clínica de las lesiones es variable, y es posible ver nódulos, pápulas, placas, úlceras y gomas. En el

estudio histológico de las mismas se pueden observar múltiples patrones histopatológicos pero ninguno patognomónico, por lo que se sugiere realizar cultivos de tejido. La PCR es un método eficaz y rápido para arribar al diagnóstico de infección por MNT, pero dado que no permite evaluar la sensibilidad a los antimicrobianos, no ha reemplazado el cultivo.⁵ No se cuenta con guías estandarizadas de tratamiento. La mayoría de las micobacterias de crecimiento rápido son resistentes a los antimicrobianos utilizados para la tuberculosis. La sensibilidad del complejo fortuitum-chelonae es muy irregular, por lo que se sugiere realizar el tratamiento guiado por el antibiograma. Se recomienda que éste incluya macrólidos, aminoglucósidos y quinolonas. Nuestra paciente no podía recibir estos dos últimos grupos por sus antecedentes patológicos.⁷ Inició tratamiento con rifampicina a 10 mg/kg/día, claritromicina 500 mg cada 12 horas y etambutol 25 mg/kg/día con desaparición de las lesiones nodulares y persistencia de leve eritema y descamación de características residuales luego de 8 meses de tratamiento. La paciente continúa en control.

Bibliografía

1. Runyon E.H. Anonymous mycobacteria in pulmonary disease, *Med. Clin. N. Amer.*, 1959, 43: 273-290.
2. Rébora I., Busso C., Jacob N.R., Anaya J. et ál. Infección cutánea por *Mycobacterium chelonae* asociada a lipoaspiración, *Dermatol. Argent.*, 2007, 13: 195-198.
3. Olivares L., Fandiño M., Fernández Pardo P., Pérez Cortiñas M.E. et ál. Infección cutánea por *Mycobacterium chelonae*, *Dermatol. Argent.*, 2011, 17: 446-450.
4. Wentworth A.B., Drage L.A., Wengenack N.L., Wilson J.W. et ál. Increased incidence of cutaneous non tuberculous mycobacterial infection, 1980 to 2009: A Population-Based Study, *Mayo Clin. Proc.*, 2013, 88: 38-45.
5. Dodiuk-Gad R., Dyachenko P., Ziv M., Shani-Adir A. et ál. Non tuberculous mycobacterial infections of the skin: A retrospective study of 25 cases, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2007, 57: 413-420.
6. Leiro V., Porteiro N., Olivares L., Maronna E. Infección cutánea por micobacteria atípica asociada a mesoterapia, *Dermatol. Argent.*, 2010, 16: 41-43.
7. Ruiz-Argón J., García-Agudo L., Flores S., Rodríguez M.J. et ál. Sensibilidad a los antimicrobianos de micobacterias de crecimiento rápido, *Rev. Esp. Quimioter.*, 2007, 20: 429-432.