

Nódulos en la pierna derecha

Nodules in the right leg

Laura Cantú Parra¹, Jorgelina Vidal^{2,3}, Avelina Merino⁴ y Viviana Parra^{5,6}

¹ Médica Residente del Servicio de Dermatología, Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza

² Docente de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza

³ Médica Dermatóloga del Servicio de Dermatología, Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza

⁴ Médica Dermatóloga del Servicio de Dermatología, Hospital Schestakow, San Rafael, Provincia de Mendoza

⁵ Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza

⁶ Profesora Titular de Dermatología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Provincia de Mendoza, Argentina

Contacto del autor: Laura Cantú Parra

E-mail: lauracantuparra@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 8/2/2018

Fecha de trabajo aceptado: 22/6/2018

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (3): 161-163

CASO CLÍNICO

Un paciente de 59 años, con antecedente de trasplante renal realizado 2 años antes de la consulta, en tratamiento con micofenolato de mofetilo, tacrolímus y meprednisona, consultó por presentar lesiones asintomáticas en la región posterior de la pierna derecha, de 8 meses de evolución, que aparecieron semanas después de un traumatismo.

En el examen físico se observaron nódulos y tumores agrupados, de consistencia firme y superficie eritematosa, levemente pigmentada (Foto 1).

El estudio histopatológico informó: epidermis que alterna erosión con hiperplasia pseudoepiteliomatosa. En la dermis, un intenso infiltrado inflamatorio mixto de linfocitos, histiocitos, células plasmáticas y neutrófilos con leucocitoclasia. Escasas células gigantes multinucleadas de tipo Langhans (Foto 2). Se realizó la coloración de ácido peryódico de Schiff (PAS), con la que se evidenciaron, en la dermis superior y media, numerosos elementos micóticos con membrana birrefringente, algunos filamentosos tabicados y otros levaduriformes (Foto 3). En el cultivo se observaron colonias pigmentadas (Foto 4).



FOTO 1: Nódulos y tumores agrupados de consistencia firme y superficie eritematosa, levemente pigmentada, en la región posterior de la pierna derecha.

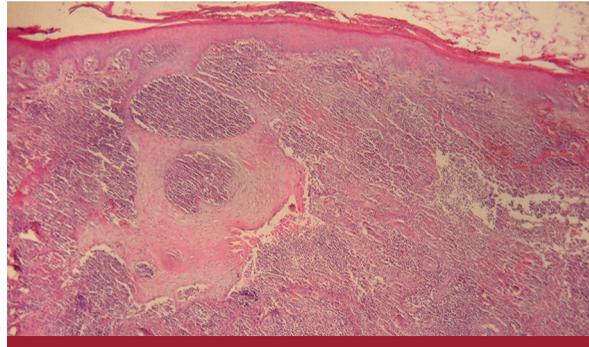


FOTO 2: Epidermis con hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Intenso infiltrado inflamatorio en la dermis (HyE, 50X).

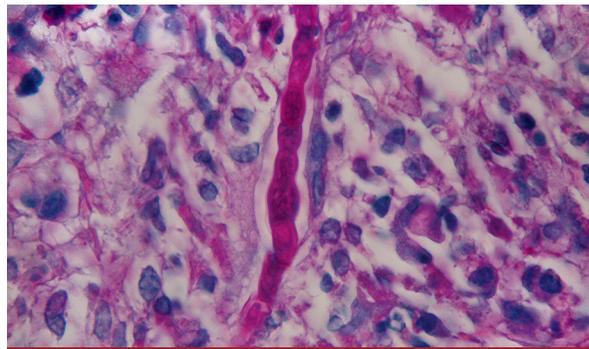


FOTO 3: Elementos micóticos tabicados (PAS, 1000X).



FOTO 4: Cultivo de la lesión. Se observa el crecimiento de colonias pigmentadas.

DIAGNÓSTICO

Feohifomicosis.

COMENTARIOS

La feohifomicosis es una infección poco frecuente causada por hongos pigmentados, negros o dematiáceos. Tienen melanina en su pared, lo que les confiere a los cultivos el color oscuro¹. En la actualidad, se ha visto un incremento en la incidencia de esta patología debido al aumento de realización de trasplantes de órganos sólidos asociados a tratamientos prolongados con inmunosupresores^{2,3}.

El término feohifomicosis (derivado del griego *phaios* 'negro' u 'oscuro' y *mykes* 'hongos') fue acuñado en 1974 por Ajello *et al.* y posteriormente aceptado por la *International Society for Human and Animal Mycology* (ISHAM)¹.

Es producida por un grupo de hongos oportunistas que afectan principalmente la piel, pero también pueden diseminarse³. Es más frecuente en áreas de clima tropical y subtropical. Los factores predisponentes incluyen trasplante de órganos, terapia con inmunosupresores, hospitalización prolongada, leucemia, cáncer y endocrinopatías⁴.

En Brasil, la incidencia de feohifomicosis en los pacientes receptores de trasplantes es del 9% y generalmente ocurre en el primer año posterior a la cirugía³. No se dispone de datos estadísticos en la Argentina.

A esta patología se le han atribuido como agentes causales más de 100 especies diferentes de hongos dematiáceos, entre los que se encuentra *Curvularia*, patógeno aislado en este caso⁵. Estos microorganismos se encuentran en el medioambiente, por ejemplo, en la vegetación en descomposición, nidos de pájaros, madera y suelo⁴. Los principales géneros involucrados incluyen *Alternaria*, *Bipolaris*, *Cladophialophora* y *Exophiala*. El género *Curvularia* incluye más de 35 especies y, en su mayoría, son patógenos facultativos de plantas y suelos⁶. La penetración se realiza a través de la implantación traumática (espinas, astillas, ramas, agujas). Muchas veces el suceso traumático no es advertido por los pacientes⁷. Con la clínica descrita y el cultivo positivo para especies de *Curvularia* se arribó al diagnóstico de feohifomicosis.

El diagnóstico de feohifomicosis es dificultoso debido a la gran variedad de manifestaciones clínicas que puede presentar, por lo que se requiere una alta sospecha⁵. La infección puede ser cutánea, subcutánea o sistémica. En la piel, suele aparecer como una lesión única, en forma de nódulo, quiste o tumor, de consistencia firme o simulando un micetoma o botriomicoma⁷.

A diferencia de otras micosis, no se dispone de

pruebas serológicas o antígenos específicos para detectar el hongo en la sangre o los tejidos, por lo que se requiere el estudio histopatológico y el cultivo para arribar al diagnóstico⁵. Para la toma de muestras debe obtenerse material directo de la secreción mediante aspiración con aguja fina o toma de biopsia. No se recomienda el hisopado.

En la histopatología se puede observar, en la dermis y el tejido celular subcutáneo, un infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos, fibroblastos y células gigantes que conforman un patrón granulomatoso que, en ocasiones, evidencia zonas de necrosis. En el centro, puede haber elementos fúngicos, como hifas tabicadas, blastoconidas y levaduras¹. Este método es aún más sensible al identificar los microorganismos con tinciones específicas, como PAS, Gomori-Grocott y Fontana-Masson². Para el diagnóstico definitivo es imprescindible realizar cultivos de la muestra en agar Sabouraud, incubar a temperatura ambiente o a 30°C y obtener repetidos aislamientos de la misma especie fúngica. Los cultivos deben observarse durante 3 a 4 semanas, ya que en ocasiones el crecimiento es lento⁸. Las técnicas de secuenciación molecular, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), se utilizan para identificar las diferentes especies¹, pero no se encuentran disponibles en todos los laboratorios.

El tratamiento no está estandarizado debido a la infrecuencia de esta patología y a la imposibilidad de realizar estudios clínicos aleatorizados. Por eso, el informe de casos es útil para definir la terapéutica más adecuada. Se ha comprobado la sensibilidad *in vitro* a itraconazol, posaconazol y voriconazol². El fluconazol es ineficaz y el ketoconazol se asocia a altas tasas de efectos adversos. Para las formas localizadas, se plantea el tratamiento quirúrgico como mejor opción, siempre asociado a antifúngicos sistémicos para evitar las recidivas⁵. En la forma diseminada, se prefiere la anfotericina B como primera línea de tratamiento, seguida de un período prolongado de administración de azoles². En el caso analizado, se indicó tratamiento con itraconazol por vía oral 200 mg/día y se derivó al paciente al Servicio de Cirugía para la resección de las lesiones.

El caso presentado confirma la importancia de mantener una vigilancia activa sobre las lesiones cutáneas que puedan ser secundarias a infecciones micóticas, ante las que se debe tener una alta sospecha clínica y realizar los estudios correspondientes para arribar al diagnóstico e instaurar el tratamiento lo antes posible.

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Alicia Carolina Innocenti y al microbiólogo Manuel Arturo López, por su participación en

las pruebas clínicas que contribuyeron a llegar al diagnóstico de este caso.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez L, Cardona-Castro N. Feohifomicosis, una infección fúngica oportunista emergente. *Ces Med* 2016;30:66-77.
- Vásquez del Mercado E, Lammoglia L, Arenas R. Subcutaneous phaeohyphomycosis due to *Curvularia lunata* in a renal transplant patient. *Rev Iberoam Micol* 2013;30:116-118.
- Carvas Passarelli Tirico MC, Neto CF, Cruz LL, Mendes-Sousa AF, et al. Clinical spectrum of phaeohyphomycosis in solid organ transplant recipients. *JAAD Case Reports* 2016;2:465-469.
- Isa-Isa R, García C, Isa M, Arenas R. Subcutaneous phaeohyphomycosis (mycotic cyst). *Clin Dermatol* 2012;30:425-431.
- Vermeire SEM, de Jonge H, Lagrou K, Kuypers DRJ. Cutaneous phaeohyphomycosis in renal allograft recipients: report of 2 cases and review of the literature. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2010;68:177-180.
- Álvarez VC, Guelfand L, Pidone JC, Soloaga R, et al. Rinosinusitis alérgica fúngica causada por *Curvularia* sp. *Rev Iberoam Micol* 2011;28:104-106.
- Sánchez Lee C, Isa Isa R, Padillatorres F. Feohifomicosis subcutánea. Algunas consideraciones de los casos en República Dominicana en el período 2006-2009. *Rev Domin Dermatol* 2010;37:20-24.
- Russo JP, Rafti P, Mestroni S. Feohifomicosis subcutánea. *Rev Argent Dermatol* 2009;90:64-70.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple. LESIÓN ANULAR EN EL ROSTRO

Mariela Di Doménico, Victoria Gaete y Florencia Quadrana

Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



Una mujer de 22 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y agenesia del pie y la pierna izquierdos, consultó por presentar una lesión en el rostro, de 3 semanas de evolución, pruriginosa, con crecimiento progresivo. En el examen físico se observaban dos placas eritematoedematosas, redondeadas, con bordes sobreelevados y centro deprimido, de 1 y 0,5 cm de diámetro, localizadas en el mentón.

- 1) ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este caso?
- Ecema numular.
 - Granuloma anular.
 - Sífilis.
 - Impétigo.
 - Tinea faciei*.

2) ¿Qué estudio solicitaría para confirmar su diagnóstico?

- Biopsia en sacabocados.
- VDRL.
- Escarificación de la lesión y microscopia de campo oscuro.
- No realizaría ningún estudio complementario.
- Escarificación para estudio directo y cultivo.

3) ¿Qué considera importante destacar de esta patología?

- Es una manifestación poco frecuente de una sífilis secundaria.
- Es una dermatosis inflamatoria crónica benigna, con diversas variantes clínicas y de etiología desconocida.
- Es una enfermedad frecuente en los

niños causada por el estreptococo β -hemolítico.

- Es una micosis superficial producida por dermatofitos.
- Presenta una variedad subcutánea que es más frecuente en los niños, afecta principalmente los miembros inferiores, pero puede localizarse en el rostro.

4) ¿Qué tratamiento considera de elección?

- Trimetoprima/sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 horas por 10 días.
- Penicilina G benzatínica 2.400.000 UI por vía intramuscular, una dosis.
- Antimicóticos tópicos.
- Corticosteroides tópicos de baja potencia.
- Antibióticos tópicos.

La solución en la página 165