



Problemas clínicos en Micología Médica: problema n° 20

Ricardo Negroni, Alicia Arechavala y Elena Maiolo

Unidad Micología, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz, Buenos Aires, Argentina

Paciente V.H.D. de sexo masculino de 31 años de edad, obrero de la construcción, residente en el Partido de Escobar (nordeste de la Provincia de Buenos Aires), etilista sin precisar cantidad de alcohol ingerido. Sin antecedentes de enfermedades previas.

Consulta por la aparición de lesiones ampollares en la parte distal de los miembros superiores y en la cara. Estas lesiones aparecieron una semana antes de la consulta y no fueron acompañadas de alteraciones clínicas del estado general. Interrogado sobre el color de la orina, dijo que, a veces, ésta era semejante al color del vino de Oporto.

El examen físico demostró un paciente en buen estado general, decúbito activo indiferente, orientado en tiempo y espacio y colaborador. La frecuencia cardíaca fue de 65 latidos por minuto, con dos ruidos en los cuatro focos y silencios libres, no se detectaron extrasístoles y la tensión arterial fue de 125-80 mm de Hg. La frecuencia respiratoria fue de 15 por minuto y el examen semiológico de tórax no acusó hallazgos patológicos. En el examen del abdomen se comprobó hepatomegalia de dos traveses de dedo por debajo del reborde costal, de consistencia aumentada y borde romo. En la piel de la cara se observaron zonas infiltradas de color ligeramente rojizo, con pápulas de 2 a 3 mm de diámetro del mismo color y algunas ampollas parcialmente rotas y cubiertas por costras serohemáticas, estas lesiones se ubicaban principalmente en la frente, en las mejillas y en las orejas. Acusaba además hipertrichosis en la región malar y en los conductos auditivos externos. También se observó una lesión erosiva del labio inferior cubierta por costra hemática (Figura 1). En la parte dorsal de los antebrazos y de ambas manos se detectaron numerosas erosiones cubiertas por costras serohemáticas o melicéricas, algunas de estas últimas se producían por despegamiento de ampollas con contenido purulento (Figura 2). En la parte distal de los brazos se comprobaron lesiones semejantes a las anteriores pero más pequeñas. En el resto del tegumento no se detectó ninguna lesión cutánea excepto en las uñas de la mano izquierda y en las de ambos pies. En la mano izquierda se observaron lesiones com-

patibles con onicomicosis proximal subungueal y endonix (Figura 3) y en la de ambos ortijos mayores se comprobaron distrofias de tipo distal subungueal (Figura 4).

El estudio radiológico de tórax no presentó hallazgos patológicos y la ecografía abdominal permitió comprobar una discreta hepatomegalia, con aumento heterogéneo de la ecogenicidad, compatible con fibrosis o esteatosis.

Los exámenes complementarios de laboratorio acusaron los siguientes resultados: eritrosedimentación 123 mm en la 1ª hora; hematíes 4.100.000/ μ l; hematocrito 35,3%; hemoglobina 11,2 g/dl; leucocitos 6.300/ μ l; neu-



Figura 1. Lesiones papulosas de cara, hipertrichosis del conducto auditivo externo y lesión costrosa en labio inferior.



Figura 2. Lesiones costrosas y ampollares en antebrazos.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ricardo Negroni
Unidad Micología
Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz
Uspallata 2272
1282 Buenos Aires, Argentina
Fax: +54 11 4304 4655
Email: hmmicologia@intramed.net

©2006 Revista Iberoamericana de Micología
Apdo. 699, E-48080 Bilbao (Spain)
1130-1406/01/10.00 €.



Sección patrocinada por Pfizer España, S.A.



Figura 3. Lesión proximal subungueal de las uñas de manos.

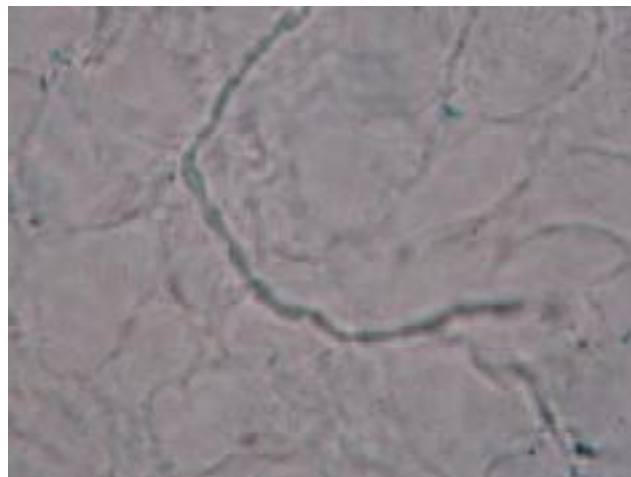


Figura 5. Examen microscópico de uña de pie con KOH al 40%, x400.



Figura 4. Onicomicosis distal subungueal de la uña del hallux.

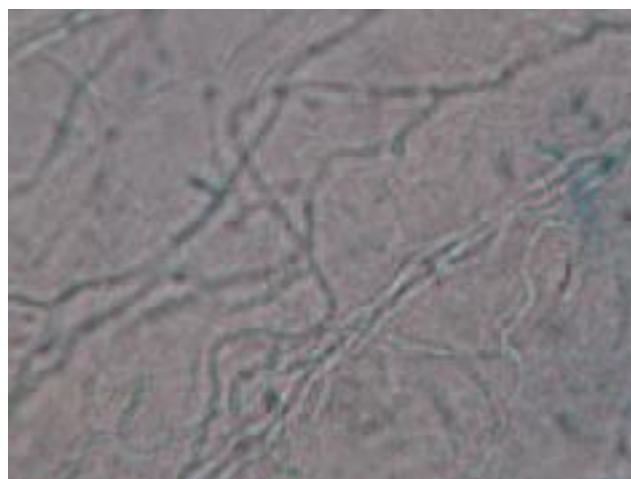


Figura 6. Examen microscópico de uña de mano con KOH al 40%, x400.

trófilos 63,6%; eosinófilos 1,1%; basófilos 0,1%; linfocitos 23,9%; y monocitos 11,3%, plaquetas 243.000/ μ l; bilirrubina total 0,37 mg/dl; bilirrubina directa 0,26 mg/dl; TGO 61 U/ml; TGP 85 U/ml; fosfatasa alcalina 341 U/ml; uremia 0,41 mg/dl; creatininemia 0,89 mg/dl; glucemia 90 mg/dl; uricemia 7,1 mg/dl; colesterolemia total 225 mg/dl; colesterol HDL 65 mg/dl; ferritemia 482 ng/ml (normal de 30 a 400); examen de orina pH 6, densidad 1.030; proteínas positiva, glucosa no contiene y sedimento urinario normal. Serología para enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) no reactiva y VDRL no reactiva.

Se obtuvieron muestras para exámenes micológicos de las uñas de las manos y de los pies. En las figuras 5 y 6 se muestran los exámenes microscópicos directos de los materiales de uñas de pies y de manos, respectivamente, observados con hidróxido de potasio al 40% a x400.

Preguntas:

1. ¿Existe alguna relación entre las lesiones cutáneas de los miembros superiores y de la cara y las onicomicosis de los pies y de las manos?
2. ¿Qué diagnóstico presuntivo hace Ud. de las lesiones cutáneas?
3. ¿Qué estudios pediría Ud. para confirmar el diagnóstico de las lesiones cutáneas?
4. ¿Cuál es el agente causal más común del tipo de onicomicosis observada en este paciente?
5. ¿Pediría Ud. algún estudio adicional a los mencionados en la historia clínica y por qué razón?
6. ¿Qué tratamiento le indicaría a este paciente?

Respuestas:

1. No existe aparentemente una relación directa, las lesiones ampollares de la piel no son frecuentes en las dermatofitias. Por lo tanto, se trata de dos afecciones diferentes.
2. Las lesiones de la piel son, como fue mencionado, principalmente ampollares y se sitúan en las partes del tegumento expuestas a la radiación solar. Además se acompaña de hiperpigmentación e hipertrichosis en la cara y las orejas, en un paciente con antecedentes de alcoholismo, que presenta una ecografía hepática anormal, aumento de las enzimas hepáticas y orina de color oscuro. Todo esto hace sospechar en el diagnóstico de porfiria cutánea tarda. Esta afección se presenta en la República Argentina con una incidencia de 5:100.000 habitantes y se debe al déficit de la enzima uroporfirínogeno-decarboxilasa. En el 80% de los casos esta afección es adquirida, se presenta en la tercera o cuarta década de la vida, es más común en los varones. Son factores de riesgo el alcoholismo, la intoxicación con agentes clorados o hidrocarburos cíclicos polihalogenados como el hexaclorobenceno y las dioxinas, los estrógenos, el hierro, el empleo de drogas hepatotóxicas, la infección por hepatitis C y la infección por el VIH. Actúan como factores desencadenantes de los brotes la radiación solar, el calor y los traumatismos. En el paciente que exponemos, el brote se produjo en la segunda mitad del mes de diciembre, que en la Provincia de Buenos Aires suele ser muy caluroso, además por su trabajo está expuesto a los tres factores desencadenantes: radiación solar, calor y traumatismos. Otro elemento sospechoso del diagnóstico es el aumento del nivel de ferritina sérica.
3. El diagnóstico se confirma por la determinación de los niveles de uroporfirinas en la orina, que suelen estar muy aumentados, tanto su isómero I como el III y el dosaje de coproporfirinas en la materia fecal que suelen estar ligeramente elevadas. El examen de la orina con luz de Wood ofrece una fluorescencia de color rosado, que suele hacerse más intensa mediante la adición de 10 gotas de ácido acético glacial y de 1 ml de alcohol amílico por cada 4 ml de orina.
4. Tanto la onicomycosis distal subungueal como la proximal subungueal son producidas principalmente por *Trichophyton rubrum*. En el caso de esta última manifestación clínica, es un indicador de inmunodeficiencia.
5. Es indispensable en estos casos excluir la posibilidad de una infección crónica por el virus de hepatitis C y una infección asintomática por el VIH, ambas se asocian con elevada frecuencia a la porfiria cutánea tarda y explicarían además la existencia de una onicomycosis proximal subungueal. En este caso se excluyó a la hepatitis C como causa del cuadro clínico y la serología del VIH fue reactiva.
6. En este caso debe iniciarse primero el tratamiento para el control de la porfiria cutánea tarda y mejorar la situación hepática de este paciente. En general se recomienda la fotoprotección, la abstinencia de alcohol, el empleo de antimaláricos de síntesis, como el difosfato de cloroquina a razón de 200 a 250 mg dos veces por semana y la transmetilación con adenosilmetionina en dosis de 12 a 15 mg/kg/día. En nuestro paciente no es necesaria la realización de sangrías periódicas porque no presenta hiperglobulia. El tratamiento de la onicomycosis puede ser realizado en la forma usual, ya sea con pulsos de itraconazol o la administración diaria de terbinafina, pero los controles de las enzimas hepáticas y de la bilirrubina deberán hacerse, como mínimo, cada tres semanas.