



Problemas Clínicos en Micología Médica: problema nº 11

Ricardo Negróni, Ana María Robles y Alicia Arechavala

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

Paciente R.J., sexo masculino, 38 años de edad, vivía en Campo de Mayo, Provincia de Buenos Aires y trabajaba como caballerizo en el Ejército Argentino.

Como antecedentes patológicos previos el enfermo sufría de ecemas generalizados, que eran controlados con corticosteroides y hacía uso de esta medicación aún sin indicación médica. Sufría diabetes metacorticoidea que controlaba con hipoglucemiantes orales.

Enfermedad actual: el día 15/11/1984, presentó una eritrodermia acompañada de edema de los miembros inferiores, fiebre y la aparición de seis nódulos en distintas partes de la piel, de 3 a 4 cm de diámetro y fluctuantes. La fiebre remitió en 48 h pero persistieron la eritrodermia y los nódulos (Figura 1).

El resto del examen físico del paciente sólo acusó un síndrome de Cushing y onicomiosis en los pies y en las manos. Estas lesiones eran de tipo distal subungueal en varias uñas y proximal profunda en otras (Figuras 2 y 3). Los estudios tomográficos computarizados de encéfalo, tórax y abdomen no mostraron imágenes patológicas.

Los exámenes complementarios de laboratorio presentaron los siguientes resultados: eritrosedimentación: 45 mm en la primer hora, hemograma: hematíes: 3.850.000/ μ l, hemoglobina: 11 g %, hematocrito: 35 %, plaquetas: 350.000/ μ l, leucocitos: 7.100/ μ l, neutrófilos: 60 %, eosinófilos: 9 %, basófilos: 0 % linfocitos: 28 %, monocitos: 3 %, hepatograma: bilirrubina total: 0,37 mg %, bilirrubina directa: 0,12 mg %, transaminasa glutámico oxalacética: 23 U/l, transaminasa glutámico pirúvica: 25 U/l, fosfatasa alcalina: 160 U/l, glucemia: 208 mg %, uremia: 35 mg %, creatininemia: 1,3 mg %, colesterolemia: 162 mg %, examen de orina: pH 6, densidad: 1025, glucosuria detectable: sedimento con abundantes uratos amorfos. El proteinograma electroforético mostró aumento del alfa 2 globulina y los dosajes de inmunoglobulinas por inmunodifusión radial, presentaron incremento de la inmunoglobulina A.

Se efectuó la extirpación quirúrgica de uno de los nódulos, que pudo ser extraído respetando totalmente su pared (Figura 4). El examen histopatológico de esta pieza mostró que la parte externa del nódulo estaba constituida por un granuloma epitelióide con células gigantes, en tanto que el centro era purulento. Tanto en la zona de granuloma epitelióide como en las áreas purulentas se observaron



Figura 1. Nódulo de la pierna del paciente R.J.



Figura 2. Lesiones de uñas de pies del paciente R.J.



Figura 3. Lesiones de uñas de mano del paciente R.J.



Figura 4. Pieza quirúrgica del nódulo cutáneo del paciente R.J.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ricardo Negróni
Juncal 3475 - 4°C
1425 Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: hmmicologia@net.ar

©2004 Revista Iberoamericana de Micología
Apdo. 699, E-48080 Bilbao (Spain)
1130-1406/01/10.00 Euros

hifas ramificadas y tabicadas, que fueron visualizadas con la coloración de PAS (Figura 5) Los cultivos del material purulento, de la parte no fijada en formol, en medios de Sabouraud y Lactrimel con antibiótico, presentaron el desarrollo de colonias con micelio aéreo veloso y blanco y reverso rojo-vinoso, cuyo examen microscópico se observa en la Figura 6.

Preguntas:

- 1) ¿De qué micosis se trata?
- 2) ¿Cuál pudo haber sido la vía por la cual se produjeron los nódulos hipodérmicos en este caso?
- 3) Cuál es el agente etiológico de esta micosis y dónde debe haber estado radicada la infección primaria?
- 4) ¿Qué estudios pediría para evaluar el pronóstico de este enfermo?
- 5) ¿Con qué supone Ud. que fue tratado este caso y qué tratamiento emplearía actualmente?

Respuestas:

- 1) Se trata de una dermatofitosis generalizada con nódulos subcutáneos.
- 2) La mayor parte de las dermatofitosis profundas se producen a partir de la infección de folículos pilosos. Estos quedan parcialmente obstruidos y generan una reacción inflamatoria a su alrededor, habitualmente constituida por un granuloma mixto, epitelioides en la parte externa y supurativo en el centro (granuloma de Majocchi). Sin embargo, en este caso el granuloma mixto no contiene un folículo piloso y los nódulos eran múltiples y dispersos en distintas áreas del tegumento, por lo que la sospecha es que la llegada a la hipodermis se produjo por vía hematogena. Muy raras veces se han descrito formas invasoras profundas de dermatofitosis y algunos rarísimos casos de sepsis por dermatofitos con compromiso visceral.
- 3) El agente causal fue *Trichophyton rubrum* y el foco inicial debe haber estado situado en la piel de la planta de los pies, más tarde en las uñas de los pies y por último en las uñas de las manos. La existencia de un ataque proximal profundo, tanto en las uñas de las manos, cuanto de los pies, está indicando una alta predisposición para la infección por dermatofitos de parte del paciente.
- 4) El pronóstico de esta enfermedad está no sólo vinculado a la dermatofitosis profunda, sino también a la afección de base que compromete a este paciente. Se trata de un diabético mal compensado, que hace uso indebido de corticosteroides para aliviar las manifestaciones clínicas de un eccema atópico. De lo descrito en este caso se deduce que al menos existen cuatro factores predisponentes que agravan su dermatomycosis: la diabetes, el uso indebido de corticosteroides, el eccema atópico y la alta predisposición individual. Esta última es de carácter hereditario y se exterioriza por una respuesta de los linfocitos T CD₄ + de tipo Th₂ frente a los antígenos de los dermatofitos. Esta respuesta se caracteriza por la negatividad de las pruebas específicas de hipersensibilidad retardada (reacción de tricofitina), la estimulación de los linfocitos B, con la consiguiente hiperproducción de inmunoglobulina y la baja estimulación tanto de los macrófagos, cuanto de la inmunidad

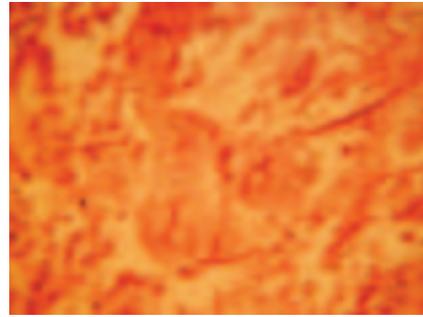


Figura 5. Corte histopatológico teñido con PAS, x200.

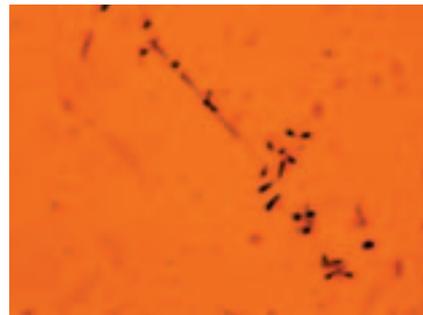


Figura 6. Preparación montada en azul lactofenol del cultivo obtenido a partir del nódulo cutáneo, x400.

mediada por células. En este enfermo debería explorarse en forma más minuciosa el estado de la inmunidad mediada por células, en aquél momento, 1984, esto no era posible en el Hospital Francisco J. Muñiz.

- 5) En 1984 el paciente fue tratado con ketoconazol a razón de 400 mg/día, durante dos meses y luego se le redujo la dosis a la mitad durante tres meses más. Con este tratamiento el enfermo mejoró en forma muy evidente, pero no alcanzó la erradicación total de las lesiones. En la actualidad, podría haber sido tratado con itraconazol en pulsos de 400 mg/día durante una semana de cada mes o con terbinafina a razón de 250 mg/día durante varios meses. Ambos medicamentos son más eficaces que el ketoconazol y poseen mayor margen terapéutico. Los nuevos triazoles que están en el mercado o en estudio (voriconazol y posaconazol), deben ser con seguridad eficaces en el control de estas afecciones, pero su uso en dermatomycosis, ha sido mínimo.