

Carta al director

Dermatofitoma extraungueal

Extraungueal dermatophytoma

Sr. Director:

En los últimos años leemos con más regularidad el término dermatofitoma y también lo encontramos con más frecuencia en las muestras de raspados provenientes de casos de onicomicosis. Sin embargo, no es muy preciso el dato de cuándo se empezó a utilizar este término^{1,2}.

Se define dermatofitoma a una masa de hifas dermatofíticas de localización subungueal que se puede observar en el examen directo con hidróxido de potasio¹. Se cree que esta patología está infradiagnosticada, desconociéndose su incidencia real. Ello se debe al hecho de que si no se analizan las escamas que contienen dichas hifas o quien realiza el examen no tiene la suficiente experiencia, estas estructuras microscópicas pasan inadvertidas. Esta patología frecuentemente se ha asociado con una mala respuesta de la onicomicosis al tratamiento antifúngico oral y, muchas veces, se requiere agregar un antifúngico tópico para alcanzar la curación³⁻⁶. Hay ciertas características clínicas que se presentan con mayor frecuencia en los dermatofitomas, como la presencia de hiperqueratosis subungueal y la formación de bandas longitudinales amarillentas o de color café, pero aún no hay un consenso al respecto^{5,7-9}.

Presentamos el caso de un paciente de 50 años de edad, con antecedente de trasplante renal por insuficiencia renal terminal, que estaba recibiendo medicamentos inmunodepresores. Dicho paciente acudió al servicio de Dermatología del Hospital General Manuel Gea González con una dermatosis de 5 días de evolución en los pliegues inguinales que se extendía hasta la parte superior de los muslos, el escroto y la región perineal (fig. 1). Eran placas eritematoescamosas con un borde activo bien delimitado y algunas pápulas en la periferia. En el examen directo, se observaron múltiples hifas aisladas y una masa de filamentos idéntica a la observada en los dermatofitomas ungueales (fig. 2). En el cultivo se aisló *Trichophyton rubrum*. Por ser un paciente inmunodeficiente se decidió tomar una biopsia de la región inguinal para descartar una invasión fúngica. El resultado histopatológico fue compatible con una dermatofitosis superficial, identificando elementos fúngicos en el estrato córneo y en la dermis un infiltrado inflamatorio perivascular constituido por linfocitos, neutrófilos y algunas células plasmáticas. El paciente se curó con terbinafina (250 mg/día durante 2 semanas), observándose remisión del cuadro.

En los pocos artículos en que se menciona a los dermatofitomas, no hay una clara descripción de éstos, ni de las características clínicas de las dermatofitosis en donde se observan. En todos los casos descritos se hace referencia a infecciones ungueales; sin embargo, con este caso se hace evidente que los dermatofitomas no son exclu-



Figura 1. Tiña inguinal.

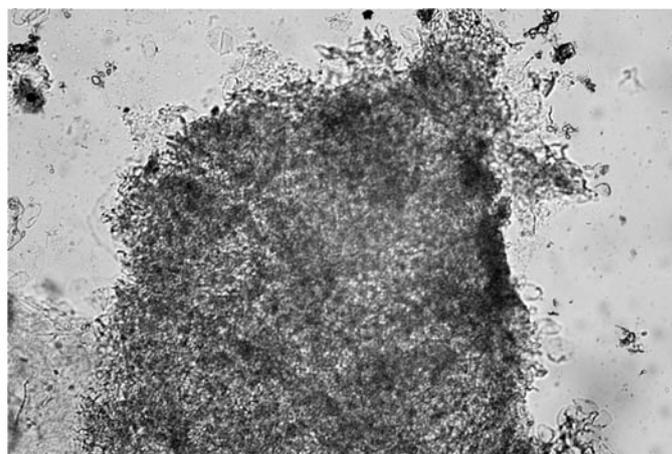


Figura 2. Dermatofitoma (KOH x 40).

sivos de las uñas y proponemos el término de dermatofitoma extraungueal para identificarlos.

Bibliografía

- Arenas R. *Micología Médica Ilustrada*. 3.^a ed. México: McGraw Hill; 2008.
- Roberts DT, Evans EGV. Subungual dermatophytoma complicating dermatophyte onychomycosis. *Br J Dermatol*. 1998;138:189-190.
- Sommer S, Sheehan-Dare RA, Goodfield MJD, Evans EGV. Prediction of outcome in the treatment of onychomycosis. *Clin Exp Dermatol*. 2003;24:425-428.
- Gupta AK, Baran R, Summerbell R. Onychomycosis: strategies to improve efficacy and reduce recurrence. *J Eur Dermatol Venereol*. 2002;16:579-586.
- Burkhart CN, Burkhart CG, Gupta AK. Dermatophytoma: recalcitrance to treatment because of existence of fungal biofilm. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47:629-631.
- Gupta AK, Baran R. Ciclopirox nail lacquer solution 8% in the 21st century. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 43 Suppl:S96-S102.
- Finlay A. Skin and nail fungi-almost beaten. *Br Med J*. 1999;319:71-72.
- Claveau J, Vender RB, Gupta AK. Multitherapy approach to onychomycosis therapy. *J Cutan Med Surg*. 2006;10 Suppl 2:S44-S47.
- Lecha M, Effendy I, Feuilhade de Chauvin M, DiChiacchio N, Baran R. Taskforce on onychomycosis education. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19 Suppl 1:S25-S33.

Gabriela Moreno-Coutiño y Roberto Arenas*

Sección de Micología, División de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México D.F., México

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rarenas98@hotmail.com (R. Arenas).

FE DE ERRORES

Fe de errores de "Farmacodinamia y farmacocinética de la micafungina en adultos, niños y neonatos"

Mercedes Catalán-González y Juan Carlos Montejo-González

Servicio de Medicina Intensiva, UCI-Polivalente, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

En el artículo "Farmacodinamia y farmacocinética de la micafungina en adultos, niños y neonatos" (*Rev Iberoam Micol*. 2009;26[1]:23-34), de Mercedes Catalán-González y Juan Carlos Montejo-González, se han detectado unos errores:

- En la página 23, el título correcto del *abstract* es: "Pharmacodynamics and pharmacokinetics of micafungin in adults".
- En la página 23, una *keyword* está mal escrita: lo correcto es "safety".
- En la página 25, columna derecha, línea 16, donde dice: "... En la tabla 2...", debe decir: "... En la tabla 3...".
- En la página 25, columna derecha, líneas 38-39, donde dice "... El área bajo la curva (AUC) es dependiente del tiempo-concentración...", debe decir: "... El área bajo la curva es tiempo-concentración dependiente...".

Véase contenido relacionado en: *Rev Iberoam Micol*. 2009;26(1):23-34
 Correo electrónico: mmcges@yahoo.es (M. Catalán González).

Fe de errores de "Utilidad de la micafungina en el tratamiento de las candidiasis invasoras en el paciente crítico"

Juan Carlos Pozo-Laderas

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

En el artículo "Utilidad de la micafungina en el tratamiento de las candidiasis invasoras en el paciente crítico" (*Rev Iberoam Micol*. 2009;26[1]:69-74), de Juan Carlos Pozo-Laderas, se han detectado errores en la tabla 3. La tabla 3 correcta es la siguiente:

Tabla 3
 Eficacia clínica en estudios aleatorizados de pacientes adultos no neutropénicos con candidemia o candidiasis invasoras

Referencia (año)	Micafungina frente a comparador	Dosis/día (mg)	NPIT modificada	Objetivo primario/ NPIT modificada	Discontinuación tratamiento (%)	Mortalidad ^a
Kuse et al ³³ (2007)	Micafungina frente a anfotericina B liposomal	100	247	64,4	4,9	47/264 (17,8)
		3	247	60,7	9	46/267 (17)
Pappas et al ⁴⁸ (2007)	Micafungina frente a candidemia	100	163/191	78,5	2,5	58/200 (29)
	Caspofungina	150	168/199	81	3	67/202 (33,2)
		70/50	161/188	76,4	3,6	51/193 (26,4)
	Micafungina frente a no candidémica	100	28/191	50		
	Caspofungina	150	30/199	56,7		
		70/50	26/188	57,7		

NPIT: número de pacientes con intención de tratar.

En el estudio de Pappas et al⁴⁸ se desdoblaron la candidemia del grupo de candidiasis invasora no candidémica.

^aDatos expresados como número de pacientes sobre NPIT y (porcentajes).

Véase contenido relacionado en: *Rev Iberoam Micol*. 2009;26(1):69-74
 Correo electrónico: juancarlos.pozo@ono.com