

INFECCIONES

25 TINEA CAPITIS POR TRICHOPHYTON VIOLACEUM SIMULANDO DERMATOSIS PUSTULAR EROSIVA

D. Moreno Ramírez, A Herrera Saval, J. J. Casañ Plaza, F. Peral Rubio, F. Camacho

Departamento de Dermatología Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La tinea capitis del adulto es una entidad poco frecuente. La dermatosis pustular erosiva del cuero cabelludo es también un cuadro poco habitual, típico de mujeres de edad avanzada y con una clínica similar a las tiñas inflamatorias de cuero cabelludo. El diagnóstico diferencial entre estas dos entidades puede ser tan difícil, que algunos autores recomiendan un ensayo terapéutico con griseofulvina antes de descartar completamente una tiña inflamatoria del cuero cabelludo.

Caso clínico: Mujer de 75 años, que consultó en nuestro Departamento por cuadro exudativo y costroso de cuero cabelludo, de 3 meses de evolución, y con áreas de alopecia. Se practicaron cultivos para hongos, que fueron repetidamente negativos. El estudio histológico informó de infiltrado inespecífico linfoplasmocitario con atrofia epitelial y PAS negativo.

Se estableció el diagnóstico de dermatosis pustular erosiva de cuero cabelludo, y se inició tratamiento con corticoides tópicos. La paciente no respondió adecuadamente, evolucionando a zonas de alopecia cicatricial. En una revisión posterior presentó un cultivo positivo para *Trichophyton violaceum*, por lo que iniciamos tratamiento con griseofulvina. Mejoró tras 8 semanas de tratamiento, presentando zonas de repoblación parcial.

Conclusión: Caso de tinea capitis por *Trichophyton violaceum* en paciente de edad avanzada, simulando dermatosis pustular erosiva de cuero cabelludo. De acuerdo con otros autores, creemos que ante un diagnóstico de dermatosis pustular erosiva de cuero cabelludo, debemos administrar griseofulvina, a pesar de la negatividad de los cultivos.

26 ONICOMICOSIS EN NIÑOS

C. Paredes Suárez, M. Ginarte Val, M. Pereiro Jr., M. Vázquez Blanco, B. Montegudo, J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina Santiago de Compostela.

Introducción: Las onicomicosis se observan con mucho menor frecuencia en el niño que en el adulto. En una revisión reciente se ha calculado que la prevalencia de las onicomicosis en pacientes menores de 18 años es unas 30 a 50 veces menor que en adultos, pudiendo variar de entre el 0% y 2,6% (con una media de 0,3%) según distintos estudios realizados en diferentes países.

Casos clínicos: en este trabajo queremos presentar los pacientes menores de 12 años con onicomicosis, diagnosticados y tratados en nuestro servicio.

Comentario: Lsa onicomicosis en los niños es una patología muy infrecuente, cuyas características clínicas, micológicas y terapéuticas no difieren significativamente de las de los adultos. No

existe una explicación clara de esta infrecuencia, barajándose diversas hipótesis. En este trabajo, además de presentar los hallazgos clínicos, micológicos y terapéuticos de nuestros pacientes, hacemos una revisión de las posibles causas del porqué de esta infrecuencia.

27 ERISPELOIDE

E. López de Ayala Casado, D. Arranz Sánchez, N. Hernández Cano, A. García Perea*, E. Vera Iglesias, R. M. Díaz Díaz, I. Prats Caelles

Servicio de Dermatología y Servicio de Microbiología*. Hospital UYniversitario La Paz. Madrid.

Introducción: El Erisipeloide es una enfermedad infecciosa descrita por Rosembach en 1909.

Se han descrito tres formas clínicas: Cutánea localizada (Erisipeloide de Rosembech), cutánea difusa y sistémica.

Caso clínico: Varón de 65 años, ganadero, con LLC en estadio 1 que no recibe tratamiento. El enfermo refería la aparición, 7 días antes, en dorso de mano de una lesión elevada, roja, que había crecido centrífugamente hasta ocupar toda la mano, produciendo picor y dolor. Había recibido tratamiento con prednisona y antibióticos tópicos sin mejoría.

En la exploración presentaba una placa de forma anular, con borde sobrelevado, eritemato violáceo, y centro parduzco que ocupaba todo el dorso de mano y muñeca.

Una semana después el enfermo acude a consulta presentando una nueva placa de 30 cm de diámetro, en espalda, de características similares a la anterior. En este momento disponemos de cultivo positivo para *Erysipelotrix rhusiopathiae* por lo que se inicia tratamiento con amoxicilina más clavulánico. Se realizaron hemocultivos que fueron negativos y ecocardiograma que fue normal.

Las lesiones habían desaparecido una semana después de iniciar el tratamiento.

Comentario: El erisipeloide es una infección que afecta a personas que trabajan con animales o sus detritus (ganaderos, veterinarios, carniceros, pescaderos, amas de casa...)

Su incidencia puede estar infravalorada por la dificultad de aislar el germen si no existe sospecha clínica y por la excelente respuesta a la penicilina empleada ante la sospecha de una patología infecciosa.

La forma cutánea difusa es extremadamente rara y puede estar facilitada en nuestro caso por la presencia de una LLC.

Queremos resaltar la importancia de conocer la posibilidad de una endocarditis en las infecciones por *erysipeloitrix* sobre todo en aquellos enfermos con enfermedad debilitante o que presenten sintomatología general.

28 TUBERCULOSIS GOMOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Serrano Gotarredona A., Del Canto S., Hernández Montoya C., Rodríguez Fernández-Freire L., Pulpillo Ruíz A., *Peñas Pardo L., *Navarrete M., **Palomino J.

Servicio de Dermatología, *Servicio de Anatomía Patológica y **Servicio de Enfermedades Infecciosas.

Introducción: La tuberculosis gomosa es una forma de tuberculosis cutánea endógena, que se produce por la diseminación hematogena de micobacterias a partir de un foco primario, durante un periodo de resistencia disminuida o de pérdida de inmunidad.

Descripción del caso: Mujer de 58 años que ingresó en el hospital por sospecha de un proceso tumoral en columna vertebral. A nivel cutáneo presentaba una placa atrófica parcialmente cubierta de costra, de 5 cm de diámetro, localizada en cadera derecha. La lesión había aparecido 2 meses antes en forma de absceso que había sido drenado quirúrgicamente. Presentaba además 2 nódulos violáceos, fríos y fluctuantes en 2º dedo de mano derecha y antebrazo derecho de 1 mes de evolución. El estudio histopatológico de las lesiones cutáneas y la lesión ósea mostraron una inflamación granulomatosa, con ausencia de células tumorales. Los cultivos para bacterias, hongos y la tinción de Ziehl-Nielsen fueron repetidamente negativos. Tres meses después de su ingreso, el cultivo de la biopsia cutánea fue positivo para *M. Tuberculosis*. La Rx de tórax no mostraba alteraciones y la paciente no refería antecedentes personales ni familiares de TBC. Con el diagnóstico de Mal de Pott y tuberculosis gomosa, se inició tratamiento tuberculostático, con cicatrización completa de las lesiones.

Discusión: La tuberculosis gomosa o absceso tuberculoso metastásico es una variante poco habitual de tuberculosis cutánea secundaria. En el caso de nuestra paciente, no existían antecedentes familiares ni personales de tuberculosis ni causa aparente de inmunosupresión; tampoco se encontraron síntomas ni signos de enfermedad pulmonar. Todo ello, motivó grandes dificultades a la hora del diagnóstico.

29 LUPUS VULGAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA TUBERCULOSIS SISTÉMICA

N. Fernández Chico, M. Ribera Pibernat, I. Bielsa Marsol, M. Sàbat Santandreu, C. Mangas de Arriba, C. Ferrándiz Foraster

Servicio de Dermatología. Hospital Germans Trias i Pujol.

Introducción: El lupus vulgar es considerado la forma más frecuente de tuberculosis cutánea. Raramente aparece en el curso de una diseminación hematogena durante una tuberculosis activa. Presentamos un caso de tuberculosis sistémica con afectación ósea, pulmonar y ganglionar, diagnosticada a partir de una lesión de lupus vulgar.

Descripción del caso: Paciente varón de 25 años de edad, natural de Marruecos, sin antecedentes patológicos de interés. Consulta por una lesión cutánea en la mejilla izquierda, de seis meses de evolución. En el último mes aparece una adenopatía submandibular izquierda. Refiere síntomas constitucionales de un año y medio de evolución, que se habían agravado en la última semana en forma de fiebre elevada, dolor dorsolumbar y mal estado general. A la inspección se observó una adenopatía submandibular izquierda y una placa ulcerada e infiltrada, de dos centímetros de diámetro, en la mejilla izquierda. El estudio histológico de la lesión cutánea reveló una dermatitis granulomatosa compatible con tuberculosis. La citología de la punción ganglionar mostró una linfadenitis necrotizante. El Mantoux fue positivo. En los cultivos de piel y orina se aislaron escasas colonias de *Mycobacterium tuberculosis*. La serología para el VIH fue negativa. La radiografía de tórax mostró una condensación parahiliar izquierda y en la TC toracoabdominal se hallaron diversos focos de afectación ósea.

Discusión: En los últimos años estamos asistiendo a un momento en la incidencia de tuberculosis, debido a diversos factores, entre ellos la inmigración. Por ello cabe esperar un incremento de las diversas formas cutáneas de la enfermedad, y que en ocasiones sean éstas, el primer motivo de consulta. Consideramos imprescindible el diagnóstico precoz y la evaluación del

grado de diseminación de la enfermedad, ante cualquier caso de tuberculosis cutánea.

30 SÍFILIS SECUNDARIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE INFECCIÓN POR VIH

A. Sánchez del Campo, A. Herrera Saval, A. Miragaya Monterroso, A. Rodríguez Pichardo, E. Lag Asturiano*, F. Camacho.

Departamentos de Dermatología y Anatomía Patología*. H. U. Virgen de Macarena de Sevilla.

Introducción: Las enfermedades de transmisión sexual se encuentran entre los trastornos cutáneomucosos más frecuentes en pacientes VIH +, destacando la sífilis. El cuadro clínico, serológico y evolutivo muestra ciertas peculiaridades, especialmente evidentes en el período de sífilis secundaria.

Caso clínico: Varón homosexual de 25 años que presenta lesiones papulosas, eritematoedematosas, asintomáticas, localizadas en cara, tronco y miembros superiores, que respetaban palmas, plantas y mucosas, de 15 días de evolución, sin sintomatología sistémica acompañante. Posterior afectación de lengua, pene y palmas. En las pruebas complementarias destacó una linfopenia, una elevación de los reactantes de fase aguda, RPR cuantitativo negativo y FTA ABS IgG positivo. En el estudio anatomopatológico se objetivó una dermatitis linfoplasmocitaria perivascular y aneural. Con el juicio clínico de sífilis secundaria, se solicitó serología VIH que fue positiva.

Conclusión: La infección por VIH modifica la historia natural de la sífilis, presentando la mayoría manifestaciones cutáneas atípicas, rápida evolución y/o respuestas inmunológicas alteradas. Ante hallazgos clínicos de sífilis con serologías confusas, la biopsia es de gran utilidad para confirmar el diagnóstico. Destacamos la importancia de la realización de serología para VIH ante todo paciente con sífilis.

31 SÍFILIS SECUNDARIA SIMULANDO PROCESO LINFOMATOSO

J. Ricart Vayá, A. Jimenez Martinez, A. Mateu Puchades, A. Prats Mañé, F. Ferrando Roca, J. Espinosa Ruiz, L. Tomas Mallebrera, A. Marquina Vila.

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Introducción: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual que está aumentando su frecuencia fundamentalmente por la infección por el VIH. Puede adoptar múltiples patrones clinicopatológicos que nos obligan a tenerla siempre presente.

Caso clínico: Varón de 48 años, homosexual, que había viajado a Cuba hacía 11 meses, sin otros antecedentes de interés. Consulta por presentar desde hacía 3-4 meses lesiones papulosas eritemato-violáceas distribuidas en tronco, cara y extremidades.

Exploración: Presenta múltiples pápulas eritemato-violáceas infiltradas de 0.4-1cm de diámetro confluentes, formando placas localizadas en palmas, plantas, cara y brazos. Algunas de las lesiones presentaban un centro necrótico y otras una escamocostra central. En la región inguinal presentaba un intertrigo candidiásico y en la cavidad oral se podía apreciar una glositis romboidal media. No se palpaban adenopatías.

Exploraciones complementarias: Hemograma, hemostasia sin alteraciones significativas, VSG 117, GOT 77, GPT 58. RPR positivo a 1/250, TPHA positivo. LCR estudio citobioquímico normal, GRAM, tinta china, antígeno criptocócico, cultivo bacteriológico, serología de borrelia negativos. VIH positivo con carga viral 1.270.000 copias, CD4 250. Estudio de médula ósea, Giemsa, Ziehl Nielsen, GRAM, cultivo y estudio citológico normales. Biopsia de una de las lesiones cutáneas mostraba un infiltrado superficial y profundo en algunas zonas con disposición liquenoide

de predominio linfocitario.

Discusión: Este caso nos muestra una vez más la amplia variedad de lesiones de la sífilis. La sospecha clínica fue de papulosis linfomatoide o de linfoma. Histológicamente las lesiones eran sugestivas de linfoma, pero tras iniciar tratamiento con Penicilina y antirretrovirales, las lesiones involucionaron rápidamente. Confirmándose el diagnóstico de sífilis secundaria.

32 GONOCOCIA EXTRAGENITAL CUTÁNEA PRIMARIA.

*I. Prats Caelles, M. Mayor Arenal, I. Burón Álvarez,
G. Ruiz Carrascoso, M. Hervella Garcés, N. Hernández Cano,
D. Arranz Sánchez*

Hospital Universitario La Paz.

Introducción: La presentación cutánea aislada, sin afectación genital, ni evidencia de bacteriemia previa o coexistente, es un hecho excepcional en las infecciones gonocócicas.

Descripción del caso: Presentamos el caso de un varón joven con una lesión periungueal en el primer dedo de la mano izquierda sugestiva de panadizo. Tras realizar estudio microbiológico se diagnóstico panadizo gonocócico como manifestación primaria cutánea de una gonococia extragenital.

Discusión: Revisamos las formas atípicas de presentación de la gonococia genital y las manifestaciones cutáneas primarias en la gonococia no-genital, siendo escasos los casos que se recogen en la literatura. La escasez de síntomas y las manifestaciones atípicas hacen difícil en ocasiones el diagnóstico de esta infección.