

INFECCIONES FÚNGICAS

01 CANDIDIASIS CUTÁNEA CONGÉNITA: DOS FORMAS CLÍNICAS DIFERENTES

M. A. Vicente, M. A. González-Enseñat, S. Artigas, L. Rodríguez, J. Arimany, J. Alayeto, A. Gené, M. Medina

Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universidad de Barcelona.

Introducción: Se denomina candidiasis cutánea o sistémica congénita aquella que se presenta en las primeras horas de vida y candidiasis neonatal cuando las lesiones mucocutáneas aparecen después de la primera semana de vida. La candidiasis sistémica congénita es una enfermedad grave, mientras que la forma cutánea suele tener un buen pronóstico. Presentamos dos recién nacidos con candidiasis cutánea congénita con dos formas diferentes de presentación.

Caso 1: Recién nacido, varón de 6 días de vida, que presenta desde el nacimiento erupción cutánea rápidamente progresiva. El paciente presentaba una erupción ampollosa generalizada que afectaba palmas y plantas. No tenía lesiones orales. El cultivo de las pústulas fue positivo para *Candida albicans*. El paciente recibió tratamiento con nistatina oral y tópica con una resolución completa de las lesiones 15 días después.

Caso 2: Lactante varón de 2 meses de vida que presenta desde la primera semana de vida coloración amarillenta de las láminas ungueales con onicodistrofia progresiva. Su madre había sido diagnosticada de candidiasis vaginal a los 7 meses de gestación. Micología de las láminas ungueales de manos y pies fue positivo de *Candida albicans*. Las uñas continuaron creciendo con completa normalización 3 meses después.

Comentario: La candidiasis cutánea congénita es muy infrecuente. Un solo caso con afectación ungueal exclusiva ha sido descrito previamente en la literatura. Creemos nuestros casos de interés por la erupción ampollosa generalizada del primer caso y por la rareza de la afectación ungueal exclusiva del segundo.

Bibliografía

Raval DS, Barton LL, Hansen RC, Kling PJ. Congenital cutaneous candidiasis: case report and review. *Pediatr Dermatol* 1995;12:355-8.
Artegast KD, Lamberty LF, Koh JK, y cols. Congenital candidiasis limited to the nail plates. *Pediatr Dermatol* 1990;7:310-2.

02 TINEA CAPITIS EN EL ADULTO POR TRICHOPHYTON VIOLACEUM. PRESENTACIÓN DE UN CASO

F. J. Allegue*, M. J. Velasco*, F. Rosa*, F. J. Fuentes*, J. L. Zambrana*, M. González**, J. Blasco**, R. Ruiz**, V. Delgado**

* Unidad de Dermatología y Área de Medicina Interna. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar.

** Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Cecilio y Facultad de Medicina. Granada.

Introducción: De todas las formas clínicas de tiña, la *Tinea capitis* es poco frecuente en la actualidad. Sabouraud la definió como propia de la infancia y que nunca afectaba al adulto. Sin embargo, raramente encontramos adultos que la padecen. Es más frecuente en mujeres mayores de 50 años. Entre las

especies aisladas en estos casos figura *Trichophyton violaceum*.

Descripción del caso: Mujer de 70 años, sin antecedentes dermatológicos, desde hace 1 año aprecia caída de cabello, prurito y abundante descamación. En su centro de salud, con diagnóstico de dermatitis seborreica, se trató con corticoide tópico. Empeora, con lesiones inflamatorias en el cuero cabelludo. Consulta con Dermatología, presentando intensa descamación en región biparietal, pelos cortados a ras y aspecto de «puntos negros». La paciente no tenía animales domésticos. No lesiones similares en su entorno familiar. Ante la sospecha clínica de infección fúngica, se tomó una muestra por raspado. El examen directo con KOH fue positivo, apreciándose parasitismo endotrix megasporado e hifas septadas. Cultivado en Sabouraud-Agar-Cloranfenicol, crecieron colonias pequeñas, aterciopeladas y violáceas. Al microscópico se identificó como *T. violaceum*. Se trató con itraconazol v.o. y fluconazol tópico. A los 3 meses, mejoría clínica evidente, cesando la descamación, el prurito y comenzando a recuperar el cabello en las zonas afectadas.

Comentario: La *Tinea capitis* en el adulto es un proceso infrecuente y existen pocos casos descritos en nuestro medio. *T. violaceum* es la segunda especie en frecuencia en estos pacientes. Ambas circunstancias muestran el interés, por su rareza, de esta comunicación. Consideramos que el dermatólogo debe estar atento a sospechar una *tinea capitis*, aunque el paciente sea un adulto.

Bibliografía

Aste N, y cols. *Tinea capitis* in adults. *Mycoses* 1996;39:299-301.
Del Palacio Hernanz A, y cols. Estudio de las dermatofitosis en Madrid durante una década (1978-1987). *Rev Iber Micol* 1989;6(2):86-101.
Crespo Erchiga A, y cols. *Tinea capitis* en adultos. Aportación de ocho observaciones. *Actas Dermosifiliogr* 1988;79(9):705-8.
Elewski BE. *Tinea capitis*: a current perspective. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:1-20.

03 EFICACIA DE FLUTRIMAZOL 1% EN EL TRATAMIENTO DE TINEA PEDIS

J. Vallés*, X. Noguera**, A. Alomar***, C. Pontes*, I. Izquierdo*

* Departamento de Investigación Clínica J. Uriach & Cía, S. A. Servicio de Dermatología. ** Institut Universitari Dexeus. *** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El flutrimazol es un antifúngico de tipo imidazólico cuya actividad *in vitro* es comparable a la de otros imidazólicos tópicos frente a dermatofitos, hongos filamentosos y levaduras. Los estudios realizados con flutrimazol demuestran que es un fármaco eficaz para el tratamiento de las infecciones micóticas superficiales de la piel. Actualmente existen dos formulaciones de flutrimazol al 1% (crema y polvo dérmicos) para el tratamiento de la *Tinea pedis*.

Objetivo: Revisar la eficacia de flutrimazol al 1% en dos formulaciones tópicas en el tratamiento del «pie de atleta».

Material y métodos: Se ha estudiado la eficacia de flutrimazol polvo 1% y flutrimazol crema 1% en dos ensayos clínicos multicéntricos realizados con una metodología común: diseño doble

ciego, aleatorio, paralelo, controlado con bifonazol 1% (polvo y crema dérmica, respectivamente) y con evaluación micológica centralizada. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, con diagnóstico clínico de «pie de atleta» y diagnóstico de certeza mediante examen microscópico directo con KOH y cultivo positivo para dermatofito y/o *Candida*. Se excluyeron pacientes con otras patologías dérmicas (psoriasis plantar, dermatitis, entre otras) y pacientes tratados con antifúngicos tópicos u orales durante períodos previos definidos. El flutrimazol crema 1% y el flutrimazol polvo 1% se aplicaron una y dos veces al día, respectivamente, durante 1 mes. En ambos estudios la variable principal de eficacia se basó en el examen clínico y micológico realizado tras 1 mes de tratamiento. Se definió como «curación global» la desaparición de los signos clínicos y micología negativa.

Resultados:

Estudio	Formulación	Flutrimazol curación (IC95%)	Control activo Curación (IC95%)	Significación
URFC92III02	Crema 1%	43/60 71,7% (58,6-82,6)	29/64 45,3% (32,8-58,3)	p = 0,00527
URFC5III03	Polvo 1%	120/163 73,6% (66,9-80,4)	125/167 74,9% (68,3-81,4)	NS

La proporción de pacientes curados con flutrimazol 1% fue similar para ambas formulaciones y superior a la observada con bifonazol crema 1%.

Conclusiones: La formulación de flutrimazol polvo 1% muestra una tasa de curación similar a la de la formulación de flutrimazol crema 1% en pacientes con «pie de atleta» tributarios de tratamiento monoterápico.

84 RESULTADOS MICOLÓGICOS DEL ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA EFECTIVIDAD Y LA SEGURIDAD DE TERBINAFRINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ONICOMICOSIS

V. Delgado, V. Crespo, P. Lázaro, L. Iglesias

Universidad de Granada.

Introducción: Se trata de un estudio observacional, multicéntrico, no aleatorizado donde los pacientes eran incluidos con criterio clínico, el cual era confirmado posteriormente mediante análisis de laboratorio.

Material y métodos: En la visita previa al inicio del tratamiento se obtenía una muestra de la uña afectada para ser analizada en el laboratorio. El diagnóstico micológico (KOH y cultivo en agar Saboreaud) fue llevado a cabo en un laboratorio centralizado. Se incluyeron adultos de ambos sexos con diagnóstico clínico de onicomicosis y se excluyeron los pacientes tratados previamente con antimicóticos, con trastornos que pudieran alterar la cinética del fármaco estudiado, con tratamientos o enfermedades concomitantes relevantes o con contraindicaciones ante terbinafina.

Resultados: En total fueron examinadas 2.065 muestras de uñas, de las cuales un 39,4% fueron positivas en los exámenes con KOH y un 53,6% en el cultivo. En un 5,2% de los cultivos se identificaron distintas especies de *Candida* y en un 3,9% crecieron hongos no dermatofíticos. Ambos resultados se consideraron negativos en cuanto al estudio, ya que se requería el crecimiento de dermatofitos. Los principales dermatofitos identificados mediante el cultivo fueron especies de *Tricophyton* (74,2%) y *Epidermophyton floccosum* (11,5%); entre los primeros destacaban

T. mentagrophytes (66,6%), *T. rubrum* (8,8%) y *T. verrucosum* (8,7%).

Conclusiones: Los resultados de KOH no predijeron con mucha exactitud los resultados de los cultivos. El KOH fue negativo en un 34,6% de los cultivos positivos, y a la inversa, en un 7,6% de los KOH positivos dieron cultivo negativo.

85 ANÁLISIS INTERMEDIO DEL ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TERBINAFRINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ONICOMICOSIS

P. Lázaro, L. Iglesias, V. Delgado, V. Crespo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La onicomicosis o tiña de las uñas (*Tinea unguium*) es una micosis superficial producida por diferentes especies de hongos, principalmente por las especies del género *Trichophyton*. Terbinafina fue el primer fármaco antimicótico del grupo de las alilaminas con propiedades fungicidas. Hay diversos ensayos clínicos que demuestran que un tratamiento continuado con terbinafina es más efectivo que un tratamiento con derivados imidazólicos. Hasta el momento no hay ninguna publicación que demuestre la efectividad y seguridad de Lamisil® (terbinafina) en condiciones reales de uso. Es por ello que se diseñó el presente estudio.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, multicéntrico, no randomizado y prospectivo donde a los pacientes incluidos en el estudio les fue administrada una única dosis oral de terbinafina (250 mg/día) durante 16 semanas. Los objetivos del estudio eran: a) evaluar la efectividad del tratamiento al final del período de seguimiento (72 semanas); b) evaluar la seguridad con relación a las reacciones adversas; c) evaluar el grado de cumplimiento de los pacientes. En estos momentos es posible presentar un análisis intermedio referidos al período de tratamiento de los pacientes (16 semanas después de la inclusión de estos pacientes en el estudio).

Resultados: Un total de 1.229 pacientes fueron evaluados, de los cuales 1.129 (91,9%) completaron el período de tratamiento. La razón principal por la que algunos pacientes no completaron el estudio fue la pérdida de seguimiento. En un 77,9% de los casos la zona afectada fue la uña del pie, mientras que en un 25,1% fue la uña de la mano. Algunos pacientes presentaron infección en ambas zonas. El 87,9% recibieron el tratamiento (>80% lo completaron) y alrededor del 80% de los pacientes evaluados consideró que el tratamiento es bueno o excelente. Un 75% de los pacientes presentó un crecimiento de 3 mm o más de uña libre de infección. La tasa de incidencia de reacciones adversas fue del 4,8% de pacientes en 16 semanas de seguimiento, de entre las cuales no se observó ninguna reacción adversa grave.

86 TOLERABILIDAD DE DIFERENTES PAUTAS DE ITRACONAZOL EN MICOSIS EN LA POBLACIÓN AMBULATORIA ESPAÑOLA

X. López*, A. Mirada*, J. S. López**, M. Artés

en representación del grupo investigador Itraconazol

* Departamento Médico Laboratorios Isdin, S. A. Barcelona.

** Pharma Research. Barcelona.

Introducción: Analizar la tolerabilidad de diferentes pautas de itraconazol en el tratamiento de micosis en condiciones reales de uso.

Diseño: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en pacientes afectas de micosis en tratamiento con itraconazol 100 mg cápsulas. Se registraron características antropométricas y demográficas de las pacientes, profesión, diagnóstico clínico, localización y sintomatología de la zona afectada y pauta de tra-

tamiento. En el seguimiento se valoró la sintomatología actual y la aparición de efectos secundarios (ES) relacionados con el tratamiento. Para obtener los factores predictores de tolerabilidad de itraconazol se realizó una regresión logística con todas las variables del perfil del paciente.

Resultados: Se incluyeron 2.025 pacientes afectos de candidiasis vaginal (CV, 26,1%), pitiriasis versicolor (PV, 19,9%), onicomicosis (O, 15,8%), pie de atleta (PA, 11,7%), eccema marginado de hebra (EMH, 7,8%), herpes circinado (HC, 7,6%), intertrigo submamario (IS, 2,6%), muget (M, 2,2%) y otras. Las pautas prescritas variaron según la patología desde 2 cáps/día × 3 días (23,4% de los casos), 2 cáps/día × 7 días (30,1%), 2 cáps/día × 15 días (17,2%), 4 cáps/día × 7 días × 3 meses (11,7%) y 1 cáps/día × 15 días (8,9%). Sólo 43 pacientes (2,7%) reportaron ES; principalmente molestias de tipo gástrico y cefaleas. En función de la pauta la aparición de ES varió desde el 0,6% (2 cáps/día × 7 días) hasta el 7,1% (4 cáps/día × 7 días × 3 meses). Sólo la variable localización de la micosis manos (OR: 2,9; IC95%: 1,3-6,5) y la pauta 1 cáps/día × 15 días (OR: 0,8; IC95%: 0,2-2,6) formaron parte del modelo de regresión.

Conclusiones: Itraconazol resultó efectivo en el tratamiento de las principales micosis y presentó una excelente tolerabilidad en todas sus pautas analizadas. La pauta 1 cáps/día × 15 días resultó ser la mejor tolerada en este estudio.

87 EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DE ITRACONAZOL EN LA CANDIDIASIS VAGINAL, ECCEMA MARGINADO DE HEBRA, INTERTRIGO SUBMAMARIO Y PTIRIASIS VERSICOLOR EN LA POBLACIÓN AMBULATORIA ESPAÑOLA

N. Arnau*, A. Mirada*, J. S. López**, M. Artés**
en representación del grupo de estudio Itraconazol

* Departamento Médico. Laboratorios Isdín, S. A. Barcelona.

** Pharma Research. Barcelona.

Introducción: Analizar la tolerabilidad y efectividad de itraconazol en la candidiasis vaginal (CV), eccema marginado de hebra (EMH), intertrigo submamario (IS) y pitiriasis versicolor (PV) en condiciones reales de uso.

Diseño: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en pacientes afectos de micosis en tratamiento con itraconazol 100 mg cápsulas. Se registraron las características antropométricas y demográficas de los pacientes, profesión, diagnóstico clínico, localización y sintomatología de la zona afectada (escala ordinal de 0, ausente; a 5, máxima intensidad) y pauta de tratamiento. En el seguimiento se valoró la sintomatología actual—descamación (DES), eritema (ERI), hiperpigmentación (HIP) y prurito (PRU)— y la aparición de efectos secundarios (ES) relacionados con el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 1.300 pacientes con una edad media de 38,5 ± 15,4 años afectos de CV (40,7%), EMH (12,2%), IS (4,1%) y PV (31,1%). Las pautas prescritas variaron según la patología, desde 2 caps/día × 3 días en CV (88,5% de las candidiasis), 2 cáps/día × 15 días en EMH (41,8%), 2 cáps/día × 7 días en IS y PV (49,1 y 76,7%, respectivamente). Tras el tratamiento se registró un descenso significativo de la sintomatología en todos los casos ($p < 0,001$). La DES pasó de una media de 2,29 ± 1,4 a 0,36 ± 0,7 puntos; el ERI de 2,51 ± 1,64 a 0,4 ± 0,7; la HIP de 1,65 ± 1,63 a 0,48 ± 0,89, y el PRU de 2,41 ± 1,6 a 0,2 ± 0,5. El 84,4% de las pacientes fueron consideradas asintomáticas al final del tratamiento. Sólo 16 pacientes (3,8%) reportaron ES; principalmente molestias de tipo gástrico y cefaleas.

Conclusiones: Itraconazol resultó altamente efectivo en el tratamiento de candidiasis vaginal, eccema marginado de hebra, intertrigo submamario y pitiriasis versicolor. La baja tasa de aparición de efectos secundarios confirma la elevada tolerabilidad de itraconazol.

88 FUSARIOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA

S. Córdoba, A. Acevedo, R. Serrano, R. Ruiz Rodríguez

Unidades de Dermatología y Anatomía Patológica.
Clínica Ruber. Madrid.

Introducción: *Fusarium* es un género de hongos de distribución universal, ubicuos, patógenos habituales de animales y plantas. Ocasionalmente causan infecciones localizadas en pacientes inmunocompetentes (queratitis, onicomicosis, etc.). En los últimos años ha aumentado la incidencia de infecciones graves en pacientes inmunodeprimidos, siendo éstas de difícil tratamiento y mal pronóstico.

Caso clínico: Paciente de 62 años diagnosticado de LAM M1-M2 secundaria a SMD. Recibió tratamiento con idarubicina y citarabina, sin alcanzar remisión completa, por lo que se cambió posteriormente a mitoxantrone y citarabina. Además realizaba tratamiento con antibioterapia de amplio espectro desde el inicio de la quimioterapia y anfotericina B desde el día + 19, por cuadro febril sin foco aparente. El día +35 de quimioterapia se observan en espalda, mmss, mmii y cara, escasas lesiones papulonodulares, eritematovioláceas, mal delimitadas, asintomáticas, distribuidas de forma salpicada, de 3-4 días de evolución, acompañadas de fiebre y mal estado general. Alguna de las lesiones presentaba un centro de aspecto necrótico. La analítica demostró anemia (Hb, 9,7 g/dl), neutropenia (leu, 200/mm³) y trombopenia (plq, 8.000/mm³). La Rx tórax mostró una condensación en hilio dcho y lóbulo superior izquierdo. El ecocardiograma, la ecografía abdominal y la Rx de senos paranasales fueron normales. La biopsia cutánea mostró la presencia de abundantes elementos fúngicos en forma de hifas tabicadas y no tabicadas, en ocasiones bifurcadas, en dermis papilar y reticular, acompañadas de una mínima respuesta inflamatoria. En el cultivo de la biopsia cutánea se identificó un hongo del género *Fusarium*. Los hemocultivos y los cultivos de esputo y de la punta del catéter resultaron negativos para hongos. Se añadió al tratamiento previo itraconazol sin mejoría. Las lesiones cutáneas y la sintomatología general mejoraron coincidiendo con el tratamiento con G-CSF y la recuperación de la neutropenia, llegando el paciente a quedar asintomático.

Conclusiones: Hemos presentado un caso de fusariosis diseminada en un paciente en tratamiento con quimioterapia. Queremos destacar la evolución favorable observada en este caso.

89 INFECCIONES FÚNGICAS OPORTUNISTAS EN TRASPLANTADOS RENALES

N. Agesta, J. M. Vicente, I. Trébol, B. Navajas, M. Montejo*, B. Vilar**, J. L. Díaz-Pérez

Servicios de Dermatología, * Enfermedades Infecciosas y ** Microbiología. Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción: En los últimos años las infecciones cutáneas en inmunodeprimidos son cada vez más frecuentes y el número de microorganismos causales descritos se amplía continuamente. Presentamos dos casos de infección cutánea poco frecuente.

Caso clínico:

Caso 1: Mujer de 66 años. Trasplante renal en abril de 1999. Once meses postrasplante desarrolló en EI derecha dos placas infiltradas de color violáceo, pruriginosas, de aspecto kaposiforme de 2 meses de evolución en el momento del estudio. Se tomó biopsia de una de estas lesiones y en el estudio anatomopatológico se encontraron hifas segmentadas que fueron identificadas como *Alternaria* en el cultivo. La evolución fue buena con tratamiento con anfotericina B.

Caso 2: Varón de 58 años. Trasplante en agosto de 1999. Tres meses postrasplante desarrolló en EI izquierda varias lesiones eritematovioláceas kaposiformes, dos de ellas con superficie ampollosa de contenido serohemorrágico y en EI derecha

múltiples lesiones nodulares subcutáneas. Inicialmente el estudio anatomopatológico se interpretó como sarcoma de Kaposi con cultivo positivo para *Scedosporium apiosperum*. Se disminuyó la inmunosupresión e inició tratamiento con itraconazol que se sustituyó por voriconazol ante la falta de respuesta. Dos meses más tarde reaparecen lesiones de similar aspecto. En una nueva biopsia se identificó este mismo organismo en el estudio anatomopatológico y cultivo. Tras segundo ciclo de voriconazol las lesiones desaparecieron sin recidiva posterior.

Discusión: Ambas especies son comunes en nuestro entorno. Se aíslan frecuentemente en tierra y aguas residuales. Ocasionalmente se han descrito casos de infección tanto por *Alternaria* como por *Scedosporium* en pacientes inmunocompetentes, aunque habitualmente afecta a pacientes inmunodeprimidos.

Presentamos dos casos de infección cutánea por *Alternaria* y *Scedosporium apiosperum* en trasplantados renales.

90 ALTERNARIOSIS CUTÁNEA EN UN TRASPLANTADO RENAL

R. Carmena Ramón, M. Rivas Molina, A. Pérez Rodríguez, R. Marcén Letosa*, A. Sánchez Sousa**, R. Moreno Izquierdo
Servicios de Dermatología, *Nefrología y **Microbiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La alternariosis es una feohifomicosis producida por hongos filamentosos del género *Alternaria*. Se trata de una infección poco frecuente en humanos, aunque se han descrito varios casos en pacientes inmunodeprimidos.

Caso clínico: Varón de 53 años, trasplantado renal, que acude un año después del mismo por un cuadro de lesiones cutáneas en miembros inferiores de 4 meses de evolución. Éstas se manifestaban en forma de tumoraciones eritematomarrónceas de 2-3,5 cm de tamaño, de crecimiento progresivo y levemente dolorosas al tacto. El estudio histopatológico y el cultivo confirmaron el diagnóstico de alternariosis. Se instauró tratamiento con itraconazol 200 mg/día vía oral durante 5 meses con aparente resolución completa, quedando solamente una hiperpigmentación residual.

Discusión: La alternariosis cutánea es un cuadro poco frecuente, apareciendo la mayoría de los casos descritos en pacientes inmunodeprimidos. El tratamiento se realiza mediante la administración de antifúngicos como la anfotericina B vía intravenosa o derivados imidazólicos vía oral, asociados o no a exéresis quirúrgica de las lesiones. La duración del tratamiento es controvertida. Las recidivas son frecuentes.

91 INFECCIÓN CUTÁNEA POR ALTERNARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Gilaberte, M. A. Barnadas, M. Gurguí*, F. Sánchez**, R. Argüelles***, A. Alomar

Servicios de Dermatología, *Enfermedades Infecciosas, **Microbiología y ***Anatomía Patológica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Hasta hoy se han descrito 80 especies de *Alternaria*, pero sólo ocho se han detectado en infecciones humanas y animales. Esta infección fúngica afecta generalmente a pacientes inmunodeprimidos como los trasplantados renales y cardíacos.

Caso clínico: Se nos consultó por un paciente varón de 65 años con antecedentes de diabetes mellitus insulinodependiente, en-

fermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en tratamiento con corticoides y trasplante renal hace 14 años en tratamiento con azatioprina metilprednisolona, que desde hacía 3 meses presentaba en la pierna izquierda episodios repetidos de inflamación diagnosticados de celulitis, con respuesta parcial a antibióticos de amplio espectro y recidiva posterior. Dada la mala respuesta, y a pesar de que en ese momento sólo presentaba edema de la pierna, se realizó un cultivo micológico de una biopsia cutánea. Un mes después fuimos consultados por la presencia en cara anterior de pierna izquierda, de lesiones ulceradas, coalescentes, necróticas, con exudado purulento, sin respuesta a antibioterapia, realizándose cultivo de la lesión. Tras el aislamiento de un hongo filamentos pendiente de tipaje en el exudado de las úlceras y en la biopsia realizada durante los meses previos, y dado el estado de inmunosupresión del paciente, se inició tratamiento con anfotericina B liposomal a dosis de 3 mg/kg/día durante 7 días sin obtener respuesta. El paciente falleció por fallo cardiorrespiratorio secundario a un infarto agudo de miocardio y una descompensación aguda de su EPOC. Tres meses después se identificó el hongo filamentos como una *Alternaria*.

Comentario: *Alternaria* sp. es un hongo perteneciente al género de los dematiaceous septados (phaeohyphomycetes), caracterizados por la presencia de pigmento oscuro en su pared. Es un hongo ubicuo presente en el aire, el suelo y las plantas, por lo que su aislamiento, la mayoría de las veces, se considera contaminación o sobreinfección. Cuando causa patología, en general, se trata de pacientes inmunodeprimidos. La clínica más frecuente son las lesiones cutáneas, con un antecedente habitual de traumatismo como puerta de entrada. Su tratamiento es controvertido existiendo diferentes opciones según los autores, habiéndose utilizado con éxito el itraconazol, la anfotericina B y el miconazol.

92 ALTERNARIOSIS CUTÁNEA

G. Aparicio, R. Bartralot, J. Mollet, G. Valero, V. Rodríguez*, S. Bel, D. García, V. García-Patos, A. Castell

Servicios de Dermatología y *Microbiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: *Alternaria* es un hongo dematiáceo causante de feohifomicosis, que aparece en los tejidos en forma de estructuras levaduriformes e hifas septadas. En cultivo origina colonias pigmentadas.

Caso clínico: Varón de 27 años, agricultor, natural de Soria, con antecedentes de trasplante unipulmonar. Consultó por lesiones de 1 mes de evolución en extremidades, algunas de ellas de aspecto verrucoso, sin otra sintomatología acompañante. El estudio histológico demostró la presencia de estructuras levaduriformes e hifas. En el cultivo se aisló *Alternaria infectora*.

Comentario: La alternariosis cutánea es poco frecuente y se da sobre todo en inmunodeprimidos. Existen más de 80 especies diferentes, las más frecuentemente patógenas para el hombre son *A. alternata*, *A. tenuissima*, *A. chartarum*. La especie aislada en nuestro caso, *A. infectoria*, se ha documentado como patógena en muy pocos casos. La confirmación diagnóstica se realiza por estudio histopatológico y cultivo de la biopsia de piel. El tratamiento de elección son los antifúngicos sistémicos, aunque a menudo es necesaria la asociación de exéresis quirúrgica.