

plantas¹. Aunque pueden ocurrir infecciones en los humanos, habitualmente son precipitadas por factores predisponentes locales o generales. Las infecciones sistémicas son raras y exclusivas de pacientes inmunodeprimidos². La onicomiosis debida a *Fusarium* sp. casi siempre afecta al primer dedo de los pies, especialmente cuando se acompaña de anomalías distróficas y traumáticas o de uñas previamente infectadas por dermatofitos³. Se puede ver favorecida por el hábito de calzar sandalias o caminar descalzo². La mayoría de los casos descritos en la literatura se caracterizan por una importante perionixis que no se evidenció, sin embargo, en nuestro paciente.

La invasión de la uña del pie por *Fusarium oxysporum* es bastante infrecuente a pesar de la ubicuidad del moho, y supone una puerta de entrada para infecciones sistémicas en pacientes inmunodeprimidos⁴⁻⁶, en los que puede condicionar el pronóstico.

Clínicamente se manifiesta como una forma típica de onicomiosis su-

bungueal proximal, en ocasiones con presencia de onicolisis o hiperqueratosis subungueal.

El tratamiento de la onicomiosis por *Fusarium* no es sencillo². Se describen altas tasas de curación mediante avulsión ungueal seguida de la aplicación de antifúngicos tópicos, con mejoría en la mayoría de los pacientes inmunocompetentes. También se ha utilizado con éxito itraconazol (200 mg al día durante 4 semanas o en terapia pulsátil)².

Queremos aportar un caso de un paciente inmunocompetente en el que fue diagnosticada una onicomiosis blanca subungueal proximal por *Fusarium* sp.

Asimismo, debemos destacar la importancia del cultivo microbiológico y la necesidad de descartar una inmunosupresión, en especial la infección por el VIH, cuando nos encontremos ante este tipo de alteraciones ungueales, que se consideran casi exclusivas de pacientes inmunodeprimidos y raramente se diagnostican en inmunocompetentes.

Bibliografía

1. Weinberg JM, Koestenblatt EK, Don PK, White SM, Stein MN, Bamji M. Proximal white subungual onychomycosis in the immunocompetent patient: report of two cases and review of the literature. *Acta Derm Venereol.* 1999; 79:81-2.
2. Baran R, Tosti A, Piraccini BN. Uncommon clinical patterns of *Fusarium* nail infection: report of three cases. *Br J Dermatol.* 1997;136:424-7.
3. Piraccini BN, Morelli R, Stinchi C, Tosti A. Proximal subungual onychomycosis due to *Microsporium canis*. *Br J Dermatol.* 1996;134:175-7.
4. Merz WG, Karp JE, Hoagland M, Jett-Goheen M, Junking JM, Hood AF. Diagnosis and successful treatment of fusariosis in the compromised host. *J Infect Dis.* 1988;158:1046-55.
5. Nadler JP. Disseminated fusarial infection. *Rev Infect Dis.* 1990;12: 162.
6. Girmenia C, Arcese W, Micozzi A, Martino P, Bianco P, Morace G. Onychomycosis as a possible origin of disseminated *Fusarium solani* infection in a patient with severe aplastic anemia. *Clin Infect Dis.* 1992;14:1167.

Trombocitopenia temporal probablemente inducida por isotretinoína

P. Coto-Segura^a, C. Galache^b, J. Santos-Juanes^c, S. Mallo-García^c y J.R. Curto-Iglesias^a

^aUnidad de Dermatología. Hospital Álvarez-Buylla. Mieres. Asturias. España.

^bServicio de Dermatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. España.

^cServicio de Dermatología II. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Sr. Director:

Isotretinoína es un fármaco ampliamente usado en el tratamiento del acné grave nódulo-quistico¹. Puede producir graves efectos adversos que deberían ser reconocidos y monitorizados por el clínico. Presentamos un caso de profunda trombocitopenia secundaria al tratamiento de un paciente con acné grave con isotretinoína. Este caso ilustra un efecto adverso grave que puede ocurrir en cualquier momento durante el tratamiento. En una revisión de la literatura sólo hemos encontrado 4 publicaciones previas al respecto²⁻⁵.

Una mujer caucásica de 29 años, con acné nódulo-quistico refractario a otros tratamientos, comenzó con isotretinoína 40 mg/día después de obtener por escrito su consentimiento informado. No tomaba otra medicación excepto anticonceptivos orales (etinilestradiol y acetato de ciproterona) desde hacía tres años. Se mantuvo el tratamiento anticonceptivo. Todos los análisis de laboratorio previos al tratamiento (incluyendo bioquímica y recuento hemático) estaban dentro de los parámetros normales.

Un mes después, su acné había mejorado significativamente y el tratamien-

to con isotretinoína era bien tolerado, excepto por queilitis. Un nuevo análisis bioquímico y recuento hemático reveló parámetros normales. Durante este periodo no fue prescrita otra medicación.

Seis meses después de haber comenzado el tratamiento, la paciente acudió a la consulta refiriendo un sangrado vaginal espontáneo desde hacía 10 días, no relacionado con la menstruación. Se podía apreciar un exantema petequeal sobre el tronco y las extremidades. En este momento un análisis hemático reveló un recuento plaquetario de $41 \times 10^3/\text{mm}^3$. El tratamiento con isotretinoína fue

suspendido y se inició uno nuevo con prednisona 100 mg/día, manteniéndose los anticonceptivos orales. En 9 días el recuento plaquetario se había instaurado nuevamente en límites normales ($179 \times 10^3/\text{mm}^3$) y la prednisona se suspendió. La prueba de Coomb fue negativa, así como los anticuerpos antinucleares, anticardiolipina, el virus de la inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y de la hepatitis C, el FR, ASLO y los anticuerpos antiplaquetarios. Dieciocho meses después el recuento plaquetario permanecía en los límites normales.

Isotretinoína ha demostrado producir una larga lista de efectos secundarios, incluyendo la trombocitopenia. Solamente 4 casos han sido publicados

previamente¹⁻⁴. Los anticuerpos antiplaquetarios son usualmente positivos en la trombocitopenia⁶ inducida por isotretinoína. En nuestra paciente esta prueba fue negativa, lo que nos inclina a pensar que se trató de un proceso mediado por mecanismos no inmunológicos. Aunque lo creemos improbable, no podemos descartar la implicación de los anticonceptivos orales en este cuadro.

Bibliografía

1. Alomar A, Guerra A, Perulero N, Badia X, Canals L, Álvarez C. Estudios clínicos y de laboratorio. Desarrollo de un cuestionario de evaluación de la satisfacción con el tratamiento en paciente con acné. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:491-5.
2. Hesdorffer CS, Weltman MD, Raftopoulos H, Mendelow B, Bezwoda WR. Thrombocytopenia caused by isotretinoin. *S Afr Med J.* 1986;705-6.
3. Johnson TM, Rapini RP. Isotretinoin-induced thrombocytopenia. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17:838-9.
4. Aurousseau MH, Levacher S, Beneton C, Blaise M, Pourriat JL. Transient dysfibrinogenemia and acute pancreatitis during isotretinoin therapy. *Rev Med Interne.* 1995;16:622-5.
5. Moeller KE, Touma SC. Prolonged thrombocytopenia associated with isotretinoin. *Ann Pharmacother.* 2003;37:1622-4.
6. Package insert. Accutane (isotretinoin). Nutley, NJ: *Roche Pharmaceuticals*, February 2002.

Ampolla gigante provocada por larva *migrans* cutánea

M.T. Bordel Gómez, J. Sánchez Estella y J.C. Santos Durán

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Virgen de la Concha. Zamora. España.

Sr. Director:

En los últimos años la prevalencia de enfermedades exóticas importadas de tipo parasitario ha aumentando considerablemente en los países europeos debido al turismo y a los movimientos migratorios. La mayoría de estas enfermedades cursan con lesiones cutáneas; entre ellas destacamos la larva *migrans* cutánea (LMC) por su elevada frecuencia¹.

Se trata de un varón de 26 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió de forma urgente a nuestra consulta por presentar una lesión cutánea pruriginosa en la planta del pie derecho de 7 días de evolución, sin ningún antecedente traumático previo. No refería malestar general, ni ninguna otra manifestación sistémica.

En la exploración física se apreciaba una lesión inflamada, serpenteante con

pápulas y vesículo-ampollas, localizada en la cara latero-interna del pie derecho (fig. 1), que evolucionó rápidamente a la formación de una gran ampolla que le impedía caminar (fig. 2). Como pruebas complementarias se efectuaron una analítica completa y una radiografía de tórax que no evidenciaron alteraciones significativas. Realizamos el diagnóstico clínico de LMC e iniciamos tratamiento con albendazol, en dosis de 200 mg cada 12 horas durante 5 días. La evolución fue hacia la curación completa y las lesiones desaparecieron progresivamente en el transcurso de 10 días.

La LMC es una parasitosis causada por la penetración y migración a través de la piel de larvas de nematodos. Actualmente el principal foco de contaminación de estas larvas se encuentra en las regiones tropicales de climas cálidos y húmedos, y el agente etiológico más importante es el *Ancylostoma braziliense*, aunque otras especies implicadas son el *Ancylostoma caninum* y la



Figura 1. Lesión serpenteante con pápulas y vesículo-ampollas localizada en la cara laterointerna del pie derecho.



Figura 2. Ampolla gigante en el pie derecho.