

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Nódulo ulcerado con lesiones satélites en el pulpejo del primer dedo de un paciente anciano

E. Gómez-Moyano^a, V. Crespo-Erchiga^a, A. Sanz-Trelles^b y A. Crespo-Erchiga^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.

Historia clínica

Un varón de 83 años diabético consultaba por la aparición de una lesión dolorosa de tres meses de evolución en el pulpejo del primer dedo. No recordaba traumatismo alguno en la zona y no presentaba síntomas sistémicos acompañantes.

Exploración física

A la exploración se objetivaba un nódulo, de aproximadamente 1 cm, indurado en profundidad y ulcerocostroso en superficie (fig. 1). Se apreciaban lesiones satélites a escasos milímetros y una onicodistrofia total de la uña de dicho dedo.

Pruebas complementarias

En el cultivo en agar glucosado de Sabouraud a 25 °C se apreciaban colonias de lento crecimiento de textura mucóide y color negro, tanto en el anverso como en el reverso (fig. 2). Se comprobó la ausencia de crecimiento a 40 °C.

En el estudio microscópico con azul de lactofenol se observaban hifas tabicadas y pigmentadas, que se ramificaban formando conidias de color marrón claro, ovales y agrupadas al extremo de anélices terminadas en punta.

Histopatología

El estudio histopatológico mostraba hiperplasia pseudoepiteliomatosa de la epidermis y en la dermis se apreciaba un infiltrado inflamatorio granulomatoso compuesto por histiocitos, eosinófilos y polimorfonucleares. Se observaban estructuras globulares de pared gruesa y pigmentadas dispersas entre las células inflamatorias, algunas de ellas dispuestas en forma de rosario. Estas estructuras se teñían con PAS (fig. 3), metenamina de plata y Fontana-Masson.

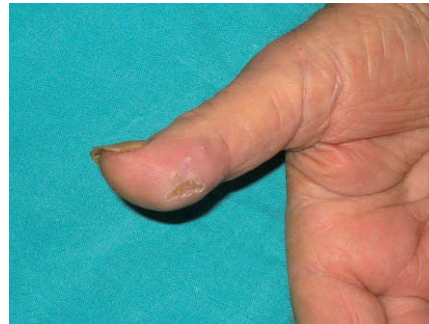


Figura 1.



Figura 2.

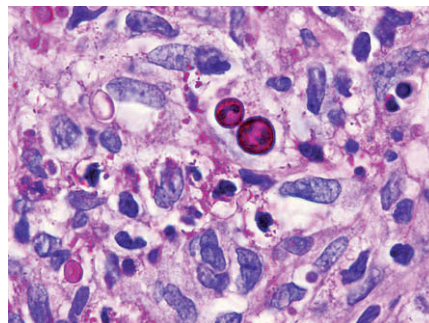


Figura 3.
PAS, ×400.

Correspondencia:
Elisabeth Gómez Moyano.
Pza. Hospital Civil s/n.
29009 Málaga. España.
eligm80@hotmail.com

Aceptado el 30 de abril de 2009

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Feohifomicosis cutánea por *Exophiala jeanselmei*.

Evolución y tratamiento

Se pautó tratamiento con terbinafina oral 250 mg/día durante tres meses, resolviéndose completamente la lesión.

Comentario

Las dematiáceas son un grupo de hongos pigmentados que se encuentran en el medio ambiente e incluyen géneros como *Exophiala*, *Cladosporium*, *Phialophora*, *Fonsecae* y *Wangiella*¹. El mecanismo habitual de contagio es la inoculación traumática en la piel de material orgánico contaminado.

Exophiala spp. constituye un agente etiológico bien establecido de feohifomicosis y cromoblastomicosis y, excepcionalmente, de micetoma eumicótico. En realidad, las dos primeras representan extremos de un continuo basados en la interacción dinámica entre el agente etiológico y el huésped².

Clínicamente, la feohifomicosis se puede presentar de forma heterogénea como una o más placas, nódulos o abscesos subcutáneos con lento desarrollo y de centro purulento. Se han descrito lesiones con un anillo hiperpigmentado en la periferia, pero la presentación clínica más frecuente consiste en un pequeño nódulo que afecta a la piel o al tejido subcutáneo y está localizado en una región anatómica fácilmente traumatizable, lo que obliga a descartar un granuloma a cuerpo extraño pero, a diferencia de éste, mostrará un curso crónico y un crecimiento lento y progresivo³.

De las 104 especies de dematiáceas que pueden causar feohifomicosis, el agente etiológico más frecuente es *Exophiala jeanselmei*. Los pacientes afectados por ella son normalmente adultos, con enfermedades debilitantes o sometidos a terapias inmunosupresoras, aunque se ha descrito en sujetos sanos, como en nuestro caso.

Ronan et al⁴ describieron tres patrones histopatológicos en la feohifomicosis: a) paraqueratosis, hiperplasia epidérmica irregular y microabscesos dérmicos y epidérmicos; b) estructuras quísticas multiloculadas intradérmicas, y c) un tercer patrón con quiste dérmico único y bien definido.

El diagnóstico microbiológico puede ser difícil y requiere una interpretación experta, ya que este hongo habita en el suelo y puede ser tomado como un contaminante.

El tratamiento de la feohifomicosis ha sido discutido. La cirugía se ha planteado como tratamiento de elección en lesiones pequeñas o iniciales; otros autores han apostado por itraconazol antes o después de la excisión quirúrgica. Diferentes casos reportados en la literatura han mostrado resistencia a la combinación de varios antifúngicos. Sin embargo, se han descrito casos en los que la terbinafina se ha mostrado eficaz, igual que en nuestro paciente⁵. Estudios *in vitro* sobre la susceptibilidad de otros subtipos de *Exophiala* a varios agentes antifúngicos han constatado que terbinafina, itraconazol y anfotericina B son los más activos⁶.

En conclusión, presentamos un nuevo caso de esta entidad poco frecuente y recordamos la importancia de la búsqueda de signos guía acompañantes, como la onicodistrofia en nuestro caso. Recalamos también la buena evolución con terbinafina en este paciente, pero insistimos en la importancia del seguimiento, dada la elevada frecuencia de recurrencias.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Blázquez Sánchez N, Morán Estefanía M, Fernández-Canedo I, Sánchez Hernández FJ, Martín-Pascual A. Cromomicosis en paciente inmunodeprimido. *Actas Dermosifiliogr.* 2003; 94:32-6.
2. McGinnis M, Hill C. Chromoblastomycosis and phaeohyphomycosis. New concepts, diagnosis, and mycology. *J Am Acad Dermatol.* 1983;8:1-16.
3. Martínez-González M, Vereá M, Velasco D, Sacristán F, del Pozo J, García-Silva J. Three cases of cutaneous phaeohyphomycosis by *Exophiala jeanselmei*. *Eur J Dermatol.* 2008;18: 313-6.
4. Ronan SG, Uzoaru I, Nadimpalli V, Guitart J, Manaligod JR. Primary cutaneous phaeohyphomycosis: report of seven cases. *J Cutan Pathol.* 1993;20:223-8.
5. Rallis E, Frangoulis E. Successful treatment of subcutaneous phaeohyphomycosis owing to *Exophiala jeanselmei* with oral terbinafina. *Int J Dermatol.* 2006;4:1369-70.
6. Cermeno-Vivas JR, Torresrodriguez JM. In vitro susceptibility of dematiaceous fungi to ten antifungal drugs using an agar diffusion test. *Rev Iberoam Micol.* 2001;18:113-7.