

R. Botella-Estrada^{a,*}, V. Soriano^b, L. Rubio^c y E. Nagore^a

^a Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^b Servicio de Oncología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^c Servicio de Biología Molecular, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rbotellaes@gmail.com (R. Botella-Estrada).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.10.019>

Infección cutánea por *Mycobacterium chelonae* en un tatuaje. Presentación de 2 casos y revisión de la literatura

Cutaneous Infection in a Tattoo Due to *Mycobacterium Chelonae*: A Report of 2 Cases and a Review of the Literature

Las complicaciones cutáneas de los tatuajes incluyen dermatitis de contacto, fotodermatitis, reacciones liquenoides, granulomas (a cuerpo extraño, sarcoidosis) e infecciones^{1,2}. Últimamente se han publicado infecciones cutáneas por *Mycobacterium chelonae* (*M. chelonae*) en tatuajes en forma de pequeñas epidemias por contaminación de la tinta.

Caso clínico 1

Varón de 33 años que hace 4 años se realizó un tatuaje en la pierna derecha. Tres meses antes de la consulta le hicieron un resalte del escudo en negro y una llamarada de color gris. Al cabo de unas 2 semanas notó la aparición de unas lesiones asintomáticas, que trató con antibióticos y corticoides tópicos sin resultado, por lo que nos fue remitido.

A la exploración física, en la zona de la llamarada gris, observamos múltiples pápulo-pústulas de 1-4 mm (fig. 1 A). El repaso con tinta negra realizado el mismo día no estaba afectado. Se realizó una biopsia que mostró la presencia de granulomas abscesificantes (fig. 1 B), siendo la tinción de Kinyoun negativa. En el cultivo creció a los 15 días *M. chelonae*. La radiografía de tórax fue normal y la analítica con serologías para el VIH y hepatitis resultó negativa. El paciente fue tratado de forma empírica, con claritromicina 500 mg/12 h durante 3 meses, con desaparición de las lesiones.

Caso clínico 2

Mujer de 25 años que 5 meses antes de la consulta se había realizado un tatuaje, por el mismo tatuador, en el dorso del pie, de color negro y gris. En una de las sombras grises apareció al cabo de unos 5 días una lesión asintomática que fue tratada con corticoides y antibióticos tópicos sin mejoría. A la exploración observamos una placa de 1 cm, eritematosa, blanda al tacto con alguna pequeña pústula en la super-

ficie (fig. 2 A). Se realizó una biopsia cutánea en la que aparecieron granulomas abscesificantes, y en la tinción de Kinyoun se objetivó un pequeño cúmulo de bacilos ácido-alcohol resistentes (fig. 2 B). El cultivo resultó negativo. Se trató con claritromicina 500 mg/12 h, pero hubo que retirarlo antes de un mes por intolerancia digestiva. Como la lesión había desaparecido se decidió no realizar más tratamientos.

Discusión

M. chelonae es una micobacteria saprofita de crecimiento rápido que se encuentra en el agua del grifo, de depósitos y que puede contaminar el material quirúrgico. Se han descrito infecciones cutáneas en actos quirúrgicos, acupuntura, mesoterapia y en la realización de tatuajes. En los casos de tatuajes se ha descrito en las zonas de color gris, debido al hecho de añadir agua no estéril a la tinta negra.

El primer caso de infección por micobacterias en un tatuaje se describió en el año 2003, cuyo diagnóstico se basó en la tinción Ziehl-Neelsen y PCR positiva³. Posteriormente, De Quatrebarbes presentó la primera epidemia de *M. chelonae* en tatuajes. Se trataba de 20 hombres que a los 7-10 días de realizarse un tatuaje, por el mismo tatuador, presentaron una erupción restringida a la zona gris. El cultivo resultó ser positivo para *M. chelonae* en 13 pacientes⁴. Posteriormente, Goldman, los incluyó en una carta que recogía 48 pacientes que fueron tatuados por 2 artistas distintos en La Havre, Francia. *M. chelonae* creció en 2 botes de tinta negra diluida⁵. Posteriormente se han publicado nuevos casos en Francia, Australia y los Estados Unidos⁶⁻⁹. Recientemente, Rodríguez-Blanco et al. han publicado 5 casos ocurridos en La Coruña, 3 con cultivo positivo y 2 PCR positiva¹⁰. En la tabla 1 se resumen los casos publicados.

Todos los casos descritos tienen en común la aparición de pápulo-pústulas en las zonas grises de los tatuajes al cabo de 1-2 semanas de su realización. Ninguno tiene afectación sistémica. Llama la atención la demora en el diagnóstico (entre uno y 5 meses), pues inicialmente suele diagnosticarse de reacción alérgica o infección bacteriana, y se trata con corticoides y/o antibióticos tópicos. El tratamiento no está bien estandarizado, pero el más usado es claritromicina, que según Drage⁸ debería usarse durante 6 meses o más, pero la intolerancia digestiva lo hace difícil¹⁰.

Tabla 1 Casos descritos de infección cutánea por *Mycobacterium chelonae* sobre tatuajes

Autor/año/país	Nº de casos	Tiempo aparición	Tiempo diagnóstico	Anatomía Patológica	Tinción micobacteria	Cultivo	Tratamiento
Wolf, 2003 ³ Israel	1	NC	3 meses	Dermatitis granulomatosa	+	PCR + Myc atípica	No tratamiento
Goldman, 2010 ⁵ Francia ^a	48	3-35 días	2 meses (media)	50% granulomas	NC ^b	13+/30	Claritromicina en 41 pacientes + tobramicina (en 10 pacientes)
Kluger 2008 ⁶ Francia	8	10-21 días	2-5 meses	Dermatitis inflamatoria y reacción granulomatosa	-(+ en tinta)	-	Minociclina un mes
Preda 2009 ⁷ Australia	1		2 meses	Dermatitis inflamatoria y granulomatosa	NC	+	Claritromicina + moxifloxacino 4 meses
Drage 2010 ⁸ EE.UU.	6	1-2 semanas	10-22 semanas (17,6 sem)	3: dermatitis inflamatoria 3: dermatitis granulomatosa	-	3+/6	Claritromicina 6 meses
Rodríguez Blanco 2010 ¹⁰ España	5	3-30 días	No consta	3: dermatitis inflamatoria 2: dermatitis granulomatosa	-	3 +	Claritromicina 3-5 meses (2 pacientes)
Kappel 2011 ⁹ EE.UU.	1	45 días	2 semanas	Dermatitis granulomatosa e inflamatoria	NC	+	Claritromicina y levofloxacino 6 meses
Presentes 2011	2	5-15 días	3-5 meses	Dermatitis granulomatosa	1+	1+	Claritromicina 1-3 meses

NC: no consta; -: negativo; + positivo.

^a Incluye 20 casos presentados por De Quatrebarbes en 2005⁴.

^b En el artículo de Quatrebarbes parece que hay alguno positivo, pero no refiere cuántos.

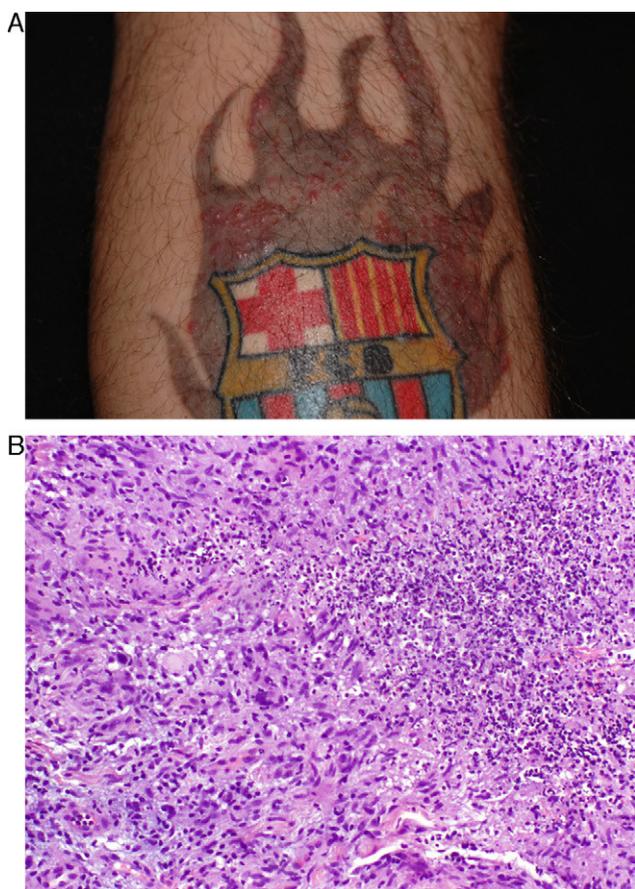


Figura 1 Caso 1. A. Pápulo-pústulas localizadas exclusivamente en la zona gris de la llamarada. B. Granuloma abscesificante con presencia de alguna célula gigante (hematoxilina-eosina x 200).

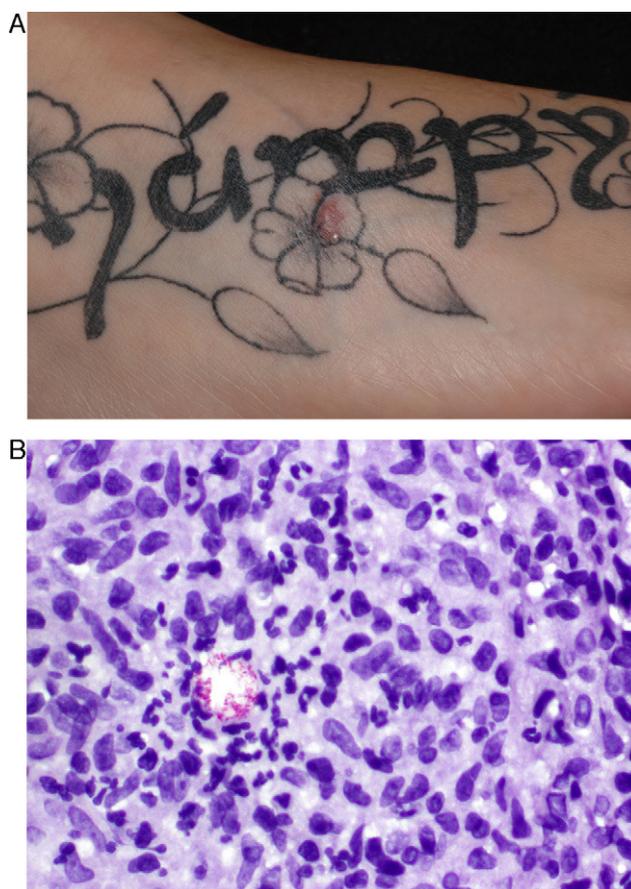


Figura 2 Caso 2. A. Lesión papulosa eritematosa en la zona gris de un pétalo de la flor. B. Cúmulo de bacilos ácido-alcohol resistentes en la zona de abscesificación (tinción de Kinyoun x 400).

Algunos lo asocian a quinolonas⁹; otros autores han obtenido buenos resultados con minociclina durante un mes⁶.

La persona que realizó los tatuajes refirió utilizar material desechable en cada paciente. El color gris lo obtenía mezclando tinta negra con agua de rosas comprada en la farmacia. Suponemos que esta agua, o la mezcla, se contaminó y fue la causa de la infección, aunque no pudimos comprobarlo, pues se había desechado todo este material.

Debido a que la práctica de los tatuajes es una técnica cada vez más extendida, queremos insistir en la importancia del uso de material desechable y de productos estériles para evitar este tipo de infección. Además, la mezcla de la tinta negra con el agua o suero estéril debe hacerse justo en el momento de realizar el tatuaje, y no guardarla, para evitar contaminaciones posteriores.

Por parte de los médicos es importante tener la sospecha clínica y saber reconocerlo, pues las tinciones suelen ser negativas y el cultivo es positivo en un 40-60% de los casos. Las nuevas técnicas de PCR pueden ayudar a obtener la confirmación diagnóstica

Bibliografía

- Mataix J, Silvestre JF. Reacciones cutáneas adversas por tatuajes y piercings. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:643-56.
- Lapresta A, Pérez C, García-Almagro D. Lesiones faciales tras tatuajes. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:889-90.
- Wolf R, Wolf D. A tattooed butterfly as a vector of atypical mycobacteria. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:S73-4.
- De Quatrebarbes J, Pestel-Caron M, Duval-Modeste AB, Abboud P, Etienne M, Caron F, et al. Épidémie à *Mycobacterium chelonae* chez un tatouer. *Ann Dermatol Venerol.* 2005;132. p. 9S224-5.
- Goldman J, Caron F, de Quatrebarbes J, Pestel-Caron M, Courville P, Doré MX, et al. Infections from tattooing. Outbreak of *Mycobacterium chelonae* in France. *BMJ.* 2010; 341:c5483.
- Kluger N, Muller C, Gral N. Atypical Mycobacteria infection following tattooing: review of an outbreak in 8 patients in a French tattoo parlor. *Arch Dermatol.* 2008;144:941-2.
- Preda VA, Maley M, Sullivan JR. *Mycobacterium chelonae* infection in a tattoo site. *Med J Aust.* 2009;190:278-9.
- Drage LA, Ecker PM, Orenstein R, Phillips PK, Edson RS. An outbreak of *Mycobacterium chelonae* infections in tattoos. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:501-6.
- Kappel S, Cotliar J. Inoculation of *Mycobacteria chelonae* from a tattoo. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:998-9.

10. Rodríguez-Blanco I, Casas L, Suárez JM, Pérez del Molino ML, Esteban J, Almagro M. *Mycobacterium chelonae* infection associated with tattoos. *Acta Derm Venereol.* 2011;91:61-2.

N. Curcó^{a,*}, C. Prat^a, X. Tarroch^b y P. Vives^a

^a *Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ncurco@mutuaterrassa.es (N. Curcó). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.01.019>

Neuritis óptica probablemente inducida por isotretinoína

Optic Neuritis Probably Induced by Isotretinoin

La isotretinoína es un fármaco indicado en Dermatología para el tratamiento del acné, y empleado fuera de indicación en otros trastornos cutaneomucosos¹⁻⁴.

La mayoría de los pacientes tratados desarrolla efectos adversos leves que no alteran el curso del tratamiento. Sin embargo, la isotretinoína puede ocasionar otros efectos menos comunes, impredecibles y de mayor gravedad, que deben ser conocidos por quienes habitualmente manejan este fármaco en su práctica clínica^{4,5}.

Una paciente de 16 años de edad y 63 kg de peso, sin antecedentes médicos de interés ni tratamientos crónicos, fue valorada en nuestro Servicio por un acné juvenil moderado de predominio facial, no controlado con tratamiento tópico (adapaleno y peróxido de benzoilo en asociación) ni antibióticos orales (doxiciclina 50 mg por vía oral durante 2 meses, que fue suspendida 2 meses antes de iniciar tratamiento con retinoides orales). Tres meses después de iniciar tratamiento oral con isotretinoína (30 mg diarios, 0,47 mg/kg/día), la paciente comenzó a apreciar pérdida de visión y visión borrosa en su ojo derecho. No refería dolor con los movimientos oculares, alteración en la percepción de los colores, fotofobia ni cefalea.

La paciente fue valorada por un oftalmólogo que detectó un déficit campimétrico periférico en el ojo derecho y estableció el juicio clínico de neuritis óptica retrobulbar. La exploración con lámpara de hendidura y el fondo de ojo realizado mostraron hallazgos normales en ambos ojos. La tensión intraocular se encontró dentro del rango de normalidad en ambos ojos. Ante la sospecha de una reacción adversa a la isotretinoína, la paciente fue remitida de forma urgente a nuestra consulta; cuando acudió había descendido por iniciativa propia la dosis diaria de 30 a 20 mg con una importante mejoría de la visión. En ese momento se decide interrumpir el tratamiento, se solicita una resonancia magnética nuclear (RMN) para descartar una posible enfermedad desmielinizante y se remite a la paciente al Servicio de Neurología. La exploración neurológica general fue normal. Se realizó una punción lumbar, que no mostró hallazgos patológicos. Las respuestas a los potenciales evocados visuales mostraron la presencia de una latencia de la onda P100 aumentada, con amplitud del potencial disminuida y morfología degradada, y confirmaron la existencia de una

neuropatía óptica bilateral. Las exploraciones complementarias restantes no revelaron hallazgos patológicos.

Seis meses después de la retirada del fármaco la paciente había recuperado completamente la visión sin que se constatasen secuelas oftalmológicas en exploraciones sucesivas. La paciente cursa sus estudios en el extranjero, y por ello no ha sido posible hasta la fecha repetir los estudios oftalmológicos y los potenciales evocados visuales para constatar su normalización.

Una reciente revisión de los efectos adversos encontrados en una serie de 1.743 pacientes en tratamiento con isotretinoína muestra que las manifestaciones oculares pueden presentarse en hasta un 3,4% de los casos⁴.

Cuadros leves de visión borrosa, queratitis y queratoconjuntivitis son las manifestaciones más comunes (tabla 1). Sin embargo, se han descrito casos aislados de acontecimientos adversos oftalmológicos potencialmente graves.

La neuritis óptica es una enfermedad inflamatoria del nervio óptico que cursa típicamente con pérdida aguda o subaguda de visión⁶. Este cuadro figura en la lista de posi-

Tabla 1 Efectos adversos oculares más frecuentemente inducidos por la isotretinoína

Efecto adverso	Frecuencia (%) *
Visión borrosa	19,9
Queratitis	16,6
Blefarconjuntivitis	10,9
Ojo seco	10,2
Disminución de la adaptación a la oscuridad	5,9
Opacidades corneales	5
Hipertensión intracraneal	4,6
Fotofobia	3,7
Alteraciones de refracción	3,5
Cataratas	2,1
Alteraciones de acomodación, disminución de la tolerancia a las lentes de contacto, hemorragia subconjuntival, neuritis óptica, diplopía, iritis, midriasis, angioedema de párpados, glaucoma, escleritis, disminución en la visión de los colores, epífora	< 2

*Porcentajes calculados sobre el total de efectos adversos oculares recogidos por Fraunfelder¹⁰.