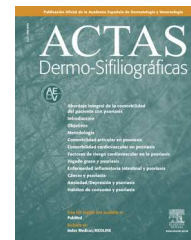




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.actasdermo.org



## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### Tumoración mal delimitada de larga evolución en el pie de un inmigrante



#### Poorly Circumscribed, Long-Standing Tumor on the Foot of an Immigrant

##### Historia clínica

Un varón de 39 años marroquí, sin antecedentes de interés, consultó por un cuadro clínico de un año de evolución caracterizado por tumefacción difusa y dolorosa en el pie derecho, con enrojecimiento y pequeñas úlceras con secreción. No recordaba traumatismo previo en la zona ni tenía otros síntomas acompañantes.

##### Exploración física

En el pie derecho se observaban nódulos indurados y mal definidos, que presentaban una secreción purulenta (fig. 1).



Figura 1

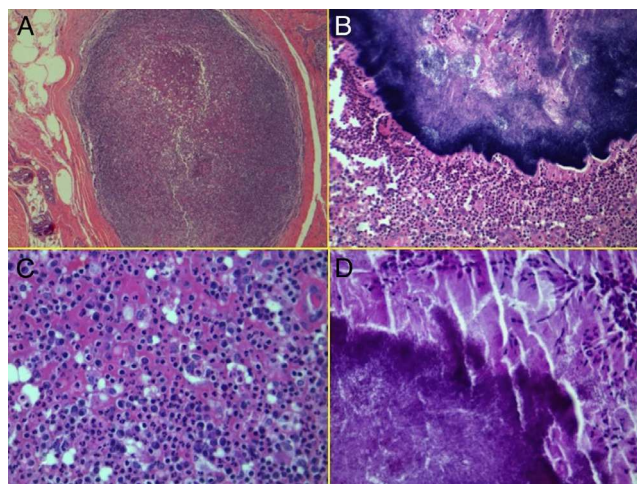


Figura 2 A. Hematoxilina-eosina,  $\times 40$ . B. Hematoxilina-eosina,  $\times 100$ . C y D. Hematoxilina-eosina,  $\times 200$ .

##### Pruebas complementarias

En la resonancia magnética se observó afectación de partes blandas, masas fungoides, lesiones nodulares y lesión lítica del primer metatarsiano.

##### Histopatología

El examen histológico con hematoxilina-eosina mostró abscesos dérmicos rodeados por un tejido fibroso (fig. 2 A). A mayor aumento se observaba en el interior de los abscesos unas estructuras formadas por granulaciones basófilas, rodeadas por un material hialino eosinofílico (fig. 2 B). En la periferia se observaban abundantes polimorfonucleares neutrófilos, células plasmáticas, histiocitos y material necrótico (fig. 2 C). Estas estructuras se teñían con la tinción de PAS (fig. 2 D).

¿Cuál es su diagnóstico?

## Diagnóstico

Actinomicetoma del pie.

## Evolución y tratamiento

En el cultivo se observaron bacterias filamentosas gram-positivas compatibles con *Actinomyces* spp. (fig. 2).

Se realizó tratamiento con amikacina en 3 ciclos separados por 2 meses, con una dosis de 500 mg/día vía intramuscular durante 21 días y trimetoprima-sulfametoxazol 2 g/día durante 6 meses.

A los 6 meses y al año presentó recidiva y se realizó tratamiento con amikacina a la misma dosis previa. Al año de finalizado el tratamiento presentaba curación clínica y microbiológica.

## Comentario

El micetoma es una infección crónica supurativa, causada por bacterias *actinomicetoma* u hongos *eumicetoma*. La actinomicosis del pie se produce por inoculación debida a un traumatismo; es más frecuente en varones entre 30 y 50 años (*barefoot-walking populations*), agricultores, inmunodeprimidos e indigentes<sup>1</sup>.

La prevalencia en Europa y Estados Unidos ha aumentado debido a la inmigración y viajes desde zonas endémicas<sup>2</sup>. La clínica se caracteriza por tumefacción, abscesos, fistulización y secreción de gránulos coloreados. El color de estos gránulos puede ser la clave diagnóstica. Además se utilizan métodos por imágenes, citología, histología, inmunodiagnóstico, siendo el cultivo la técnica diagnóstica más relevante. La secuenciación de ADN es útil en los casos en que el cultivo es negativo<sup>3</sup>.

La incubación es de semanas a meses. Inicialmente asintomática, progresa infectando tejidos profundos formando abscesos, fístulas y masas pseudotumorales.

Suele llegarse al diagnóstico en fases avanzadas de la enfermedad. El *actinomicetoma* puede progresar rápidamente con riesgo de amputación, e incluso causar la muerte del paciente por diseminación sistémica. Sin embargo, responde mejor a los tratamientos antibióticos que el *eumicetoma*. Las complicaciones locales causan cicatrificaciones extensas y desfigurantes<sup>4</sup>. El diagnóstico requiere una detallada historia clínica y examen físico. Por el

color de los gránulos podemos sospechar *actinomicetoma* o *eumicetoma*<sup>5</sup>.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con otros procesos infecciosos locales como botriomicosis y diversos tumores<sup>6</sup>.

Los tratamientos se basan en opiniones de expertos —no existen estudios realizados bajo la evidencia científica— y su duración oscila entre 3 y 18 meses. En los *eumicetomas* es necesaria en muchos casos la cirugía.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Josep Ariany por confiarnos el estudio y tratamiento de su paciente.

## Bibliografía

1. Bonifaz A, Ibarra G, Saúl A, Paredes-Solis V, Carrasco-Gerard E, Fierro-Arias L. Mycetoma in children: Experience with 15 cases. *Pediatr Infect Dis J*. 2007;26:50–2.
2. Malone M, Gannass A, Bowling F. A chronic, destructive mycetoma infection in a diabetic foot in Saudi Arabia. *Int J Low Extrem Wounds*. 2011;10:12–5.
3. Escoda M, Gardiello M, Muntané JM. Úlceras dolorosas en la lengua. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:77–8.
4. Tilak R, Singh S, Garg A, Bassi J, Tilak V, Gulati AK. A case of Actinomycotic mycetoma involving the right foot. *J Infect Dev Ctries*. 2009;3:71–3.
5. Meis JF, Schouten RA, Verweij PE, Dolmans W, Wetzels JF. Atypical presentation of *Madurella mycetomatis* mycetoma in a renal transplant patient. *Transpl Infect Dis*. 2000;2:96–8.
6. Molina-Ruiza A, Pérez-Vegab E, Zulueta-Doradoc T. Úlcera plantar crónica en inmigrante africano. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:733–4.

P. Giavedoni\*, A. Barreiro-Capurro y J. Ferrando

Servicio de Dermatología, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [giavedonip@gmail.com](mailto:giavedonip@gmail.com) (P. Giavedoni).