

Lesiones verrucosas subcutáneas en una paciente con trasplante renal

Patricia Eguino, Koldo Aguirrebengoa, Begoña Vilar^a, Sofía Zarraga^b, Juan Antonio Ratón^c y Miguel Montejo

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicios de ^aMicrobiología, ^bNefrología y ^cDermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya). España.

Caso clínico

Mujer de 67 años, que presentó tres lesiones nodulares verrucosas en ambas extremidades inferiores 11 meses después de haber recibido un trasplante renal de cadáver. Estaba en tratamiento con tacrolimus, micofenolato, prednisona y cotrimoxazol. La paciente no presentaba fiebre ni ninguna otra clínica acompañante. No refería traumatismos previos, contactos con animales ni viajes al extranjero.

La exploración general era normal. Las lesiones tenían 4 meses de evolución en el momento de la consulta, con un tamaño de 2-3 cm en el dorso del pie derecho, 3-5 cm en la pantorrilla izquierda y de 0,5-1 cm en región pretibial izquierda (figs. 1 y 2).

En el laboratorio, la hematimetría completa, el perfil general y hepático, VSG y los valores de tacrolimus estaban dentro de los límites normales.

La radiografía de tórax era normal.

La biopsia cutánea fue informada como afección de tipo granulomatoso del tejido subcutáneo por un hongo filamentoso (fig. 3). Se realizó una prueba diagnóstica.

Evolución

La paciente ingresó para valoración y estudio de las lesiones, sin que presentara durante su ingreso fiebre ni afección del estado general.

Las lesiones cutáneas fueron biopsiadas, con descripción anatomopatológica de granulomas inflamatorios en la dermis reticular, con una zona central de microabscesos de leucocitos polimorfonucleares junto a unos cuerpos de cápsula retráctil que se disponían formando cadenas. La tinción de PAS puso de manifiesto la presencia de numerosas esporas e hifas ramificadas y tabicadas, correspondientes a un hongo filamentoso (fig. 3). Se realizó una nueva toma de biopsias, con muestras para anatomía patológica y microbiología.

Se realizó un estudio radiológico con tomografía axial computarizada del sistema nervioso central, tórax, abdomen y pelvis, y una resonancia magnética de extremidades, sin que se objetivaran más lesiones que las descritas a nivel subcutáneo. En el cultivo en medio de Sabouraud de las biopsias cutáneas se obtuvo crecimiento de *Alternaria* sp. (fig. 4).



Figura 1. Lesiones en la pantorrilla izquierda, de aspecto verrucoso ulcerado.



Figura 2. Lesión en el dorso del pie derecho, de aspecto nodulopustular.

La paciente siguió tratamiento antifúngico con anfotericina B liposomal (3 mg/kg/día) durante 2 semanas, con buena tolerancia. Se realizó resección quirúrgica de dos de las placas y la tercera quedó residual tras el tratamiento médico.

En el seguimiento la paciente continúa asintomática a los 6 meses.

Correspondencia: Dr. K. Aguirrebengoa.

Víctor, 2, 5^º 48005 Bilbao.

Correo electrónico: kaguirrebengoa@hcrucosakidetza.net

Manuscrito recibido el 12-02-2001; aceptado el 25-04-2001.

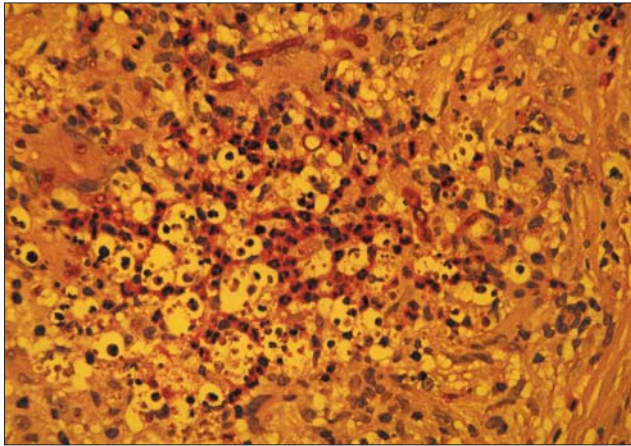


Figura 3. Biopsia cutánea que muestra dos granulomas inflamatorios y las esporas e hifas ramificadas.

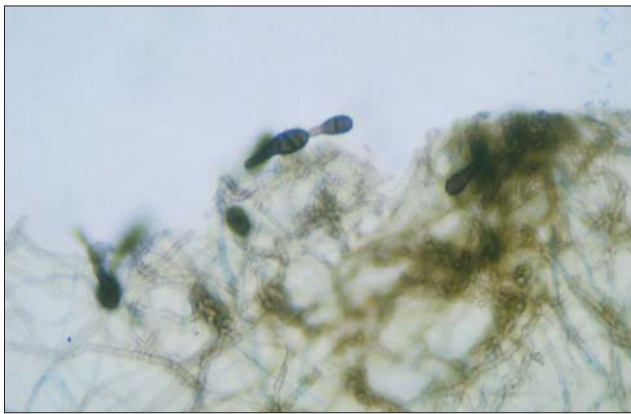


Figura 4. Aspecto de los conidios con sus tabicaciones en zig-zag de *Alternaria* en el cultivo de Sabouraud.

Comentario

Alternaria sp. es un hongo dematiáceo patógeno de plantas y saprofito de tierra y aire. Aunque ha sido considerado contaminante, se ha identificado como agente causal de infecciones cutáneas, sinusitis, osteomielitis, peritonitis, infecciones oculares y neumopatías granulomatosas, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos y agricultores. También se han descrito casos en pacientes sanos¹⁻⁵.

La especie *Alternaria alternata* es frecuentemente responsable de las lesiones cutáneas². El cuadro clínico típico de la alternariosis cutánea consiste en lesiones únicas o múltiples, que se presentan como placas marrón-rojizas, papulonodulares, pustulosas o ulcerocostrosas, sobre todo en superficies corporales expuestas. Es rara la diseminación sistémica⁴.

El diagnóstico debe basarse en la sospecha, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos, y se debe tomar biopsia y cultivo del tejido de las lesiones. El diagnóstico se confirma con la demostración de una inflamación granulomatosa y la formación de abscesos de leucocitos polimorfonucleares e hifas septadas en los cortes histológicos⁴. En el cultivo de las lesiones, se obtienen colonias oscuras en medio agar dextrosa Sabouraud cloramfenicol, sin cicloheximida, y microscópicamente son características las hifas septadas y pigmentadas. Las conidias son grandes (7-10 23-34 micras), con tabicaciones longitudinales y transversales características, y los conidióforos se presentan septados, de longitud variable y de apariencia en zig-zag¹⁻⁴.

En el tratamiento de la alternariosis cutánea se han propuesto varias alternativas:

1. Tratamiento antifúngico: no está estandarizado, aunque los mejores resultados se han obtenido con itraconazol y anfotericina B. En principio se debe valorar la ventaja del itraconazol por su administración oral. Tampoco hay un acuerdo para establecer la dosis y la duración del tratamiento. Siempre que fuera posible debería realizarse sensibilidad *in vitro* de la cepa o enviarla a un laboratorio de referencia, pues la sensibilidad de los hongos dematiáceos es errática e impredecible. Es posible la recurrencia de las lesiones a pesar de haber seguido un correcto tratamiento¹⁻⁴.

2. La exéresis quirúrgica de la lesión se recomienda en los casos de fallo del tratamiento antifúngico.

3. La interrupción o disminución de la terapia inmunodepresora se llevará a cabo sólo si es estrictamente necesario a causa de una mala evolución de la lesión.

Bibliografía

1. Hospenthal DR, Bennett JE. Miscellaneous fungi and *Prototheca*. En: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases (5th ed). Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000; p. 2772-80.
2. Romero ML, Siddiqu AH. Photo Quiz. Clin Infect Dis 2000;30:13.
3. Ioannidou JD, Stefanidou MP, Maraki SG, Panayiotides JG, Tosca AD. Cutaneous alternariosis in a patient with idiopathic pulmonary fibrosis. Int J Dermatol 2000;39:293-5.
4. Acland KM, Hay AH, Groves R. Cutaneous infection with *Alternaria alternata* complicating immunosupresion: successful treatment with itraconazole. Br J Dermatol 1998;138:354-6.
5. Morrison VA, Weisdorf DJ. *Alternaria*: a sinonasal pathogen of immunocompromised hosts. Clin Infect Dis 1993;16:265-70.