



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Tumoración sangrante de rápida aparición en paciente inmunodeprimido

Bleeding tumor with rapid onset on an immunosuppressed patient

Alejandro Lapeña Casado^{a,*}, Antonio Beltrán Rosel^b, Victoria Lezcano Biosca^a y Mariano Ara Martín^a

^a Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España



Descripción clínica

Presentamos el caso de un varón de 78 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial y cáncer de próstata con metástasis óseas en estadio IVB en tratamiento sintomático con dexametasona. Consultó por una lesión cutánea en brazo izquierdo de un mes de evolución, con crecimiento progresivo y sangrado espontáneo, y otras 3 localizadas en extremidades inferiores que habían aparecido en las últimas 2 semanas; 4 meses antes, refirió una erosión superficial en brazo izquierdo secundaria al roce de una rama de cerezo. No había presentado fiebre ni otra sintomatología sistémica. A la exploración física (figs. 1A-C), se apreciaba en dorso del antebrazo izquierdo una lesión tumoral violácea erosivo-sangrante de 3,5 × 2 cm de diámetro con costra superficial de color negruzco, sin criterios dermatoscópicos específicos de tumor cutáneo primario. Asimismo, en extremidades inferiores presentaba 3 lesiones de similares características, pero de menor tamaño.

Tras realizar extirpación quirúrgica completa de la lesión cutánea de antebrazo, el estudio histológico posterior (figs. 2A y B) evidenció un infiltrado inflamatorio en dermis papilar y reticular compuesto por histiocitos y células gigantes multinucleadas con focos de abscesificación. Las tinciones de Grocott y PAS (figs. 3A y B) pusieron de manifiesto la presencia de abundantes hifas tabicadas y cadenas de conidias.

Evolución

El diagnóstico definitivo se alcanzó mediante cultivo de una nueva biopsia. En el cultivo en medio de Sabouraud a los 2-3 días crecieron colonias de un hongo filamentoso de color verde marrón. La tinción con azul de lactofenol mostró las características conidias muriformes en cadenas del género *Alternaria*. Se envió la cepa al laboratorio de referencia y, por secuenciación de la sub-

unidad ribosomal pequeña 18S rRNA, se identificó la especie como *Alternaria alternata*.

Dada la situación terminal del paciente, quien rechazó estudios complementarios como TAC torácica y tratamiento antifúngico por vía intravenosa u oral de larga evolución, se llevó a cabo crioterapia local junto con posterior aplicación de antifúngico tópico en las lesiones de menor tamaño que presentaba en piernas, controlando la progresión de las lesiones cutáneas y disminuyendo su tamaño. El paciente falleció pocas semanas después por su enfermedad de base.

Comentario

La alternariosis cutánea es una rara infección fúngica oportunista que está encuadrada en el grupo de las feohifomicosis (hongos filamentosos capaces de sintetizar melanina). *Alternaria* spp. son aisladas frecuentemente en el suelo, la vegetación o el aire. En raras ocasiones causa infección dermatológica, ya que precisa de una solución de continuidad en superficies corporales expuestas junto con un estado de inmunosupresión severa para originar enfermedad cutánea a nivel de dermis media y profunda^{1,2}. Aunque también se han descrito casos en individuos sanos, la mayoría de ellos aparecen en el contexto de trasplantes (especialmente de órgano sólido), neoplasias hematológicas y/o inmunosupresión farmacológica. Solo en 3 casos hasta la fecha, los tumores sólidos actuaban como factor predisponente o coadyuvante al estado de inmunodepresión³⁻⁶. Su presentación clínica es diversa: desde máculas eritematosas, pápulas violáceas, hasta nódulos con tendencia a la ulceración⁷. Pueden simular otras entidades como tumores cutáneos primarios o como en nuestro caso, metástasis. Sin embargo, el hallazgo típico en la biopsia de inflamación granulomatosa e hifas septadas reorientaron el caso; el cultivo acabó por confirmar el diagnóstico. Al no haberse desarrollado ensayos clínicos aleatorizados, no existe un tratamiento estandarizado.

La terapia más efectiva consiste en la reversión del estado de inmunosupresión, y si son abordables, la escisión quirúrgica está recomendada. Para evitar recidivas, se suele añadir tratamiento antifúngico con itraconazol, voriconazol, posaconazol o anfoteri-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alapeca93@gmail.com (A. Lapeña Casado).

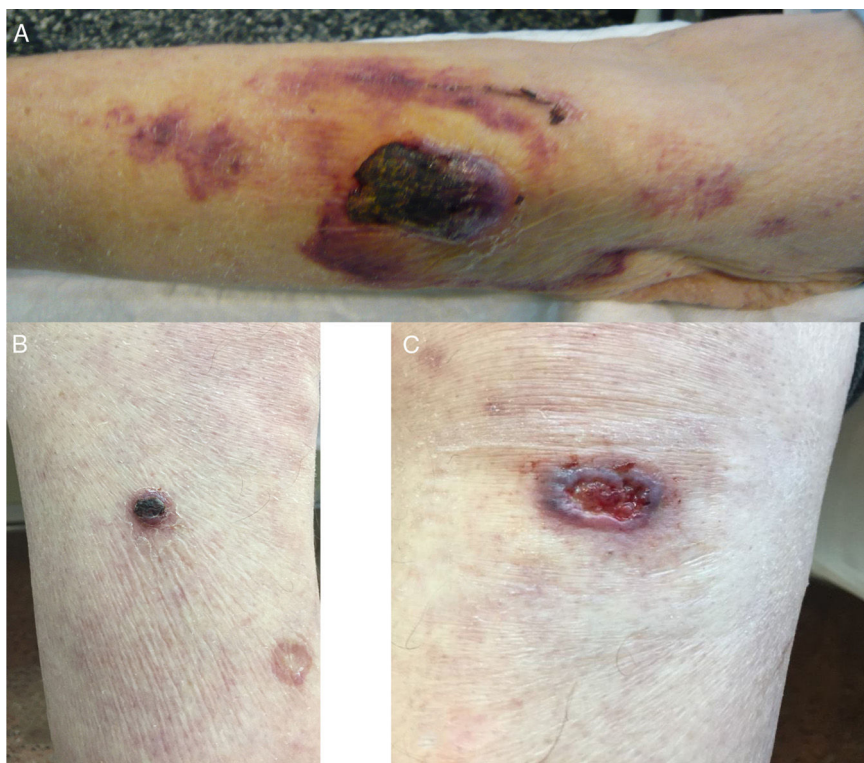


Figura 1. Lesiones cutáneas polimorfas. A) Dorso del antebrazo izquierdo, se aprecia una placa tumoral mal delimitada, pétreo, con superficie costrosa negruzca de 3,5 × 2 cm de diámetro, junto con placas equimóticas peri-lesionales. B) Cara anterior de la pierna derecha con 2 placas redondeadas de 1,5 cm de diámetro. C) En la rodilla izquierda se visualiza placa de 2,5 cm de diámetro con bordes irregulares y sobreelevados junto con centro friable y hemorrágico.

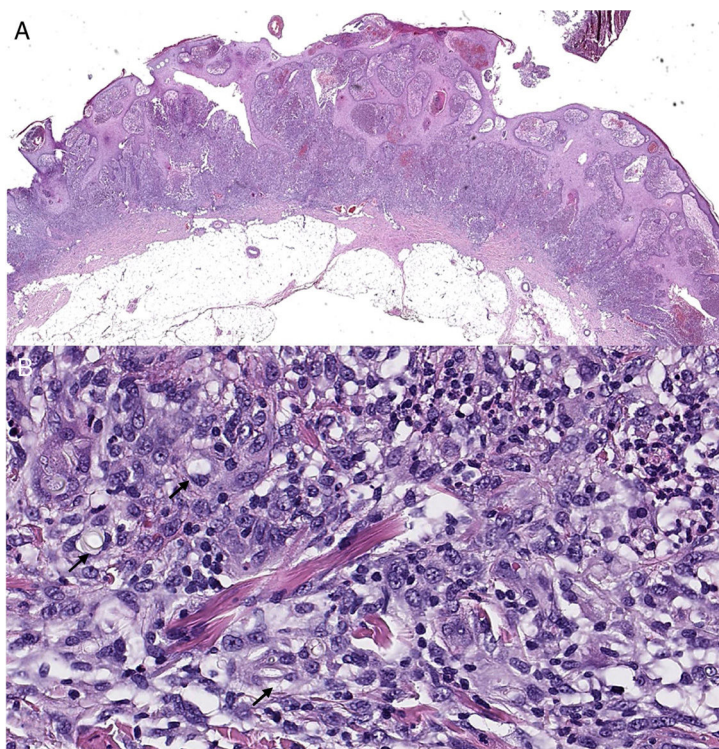


Figura 2. Biopsia cutánea de lesión del codo izquierdo, hematoxilina-eosina (H&E). A) Vista panorámica: hiperplasia escamosa pseudoepiteliomatosa junto con abundante infiltrado inflamatorio. B) A mayor aumento, el componente inflamatorio es heterogéneo con abundantes histiocitos/macrófagos, y en proporción minoritaria mezcla de linfocitos y neutrófilos, junto a proliferación de vasos. Se identifican unas estructuras laminares y refringentes en citoplasmas de macrófagos (flechas).

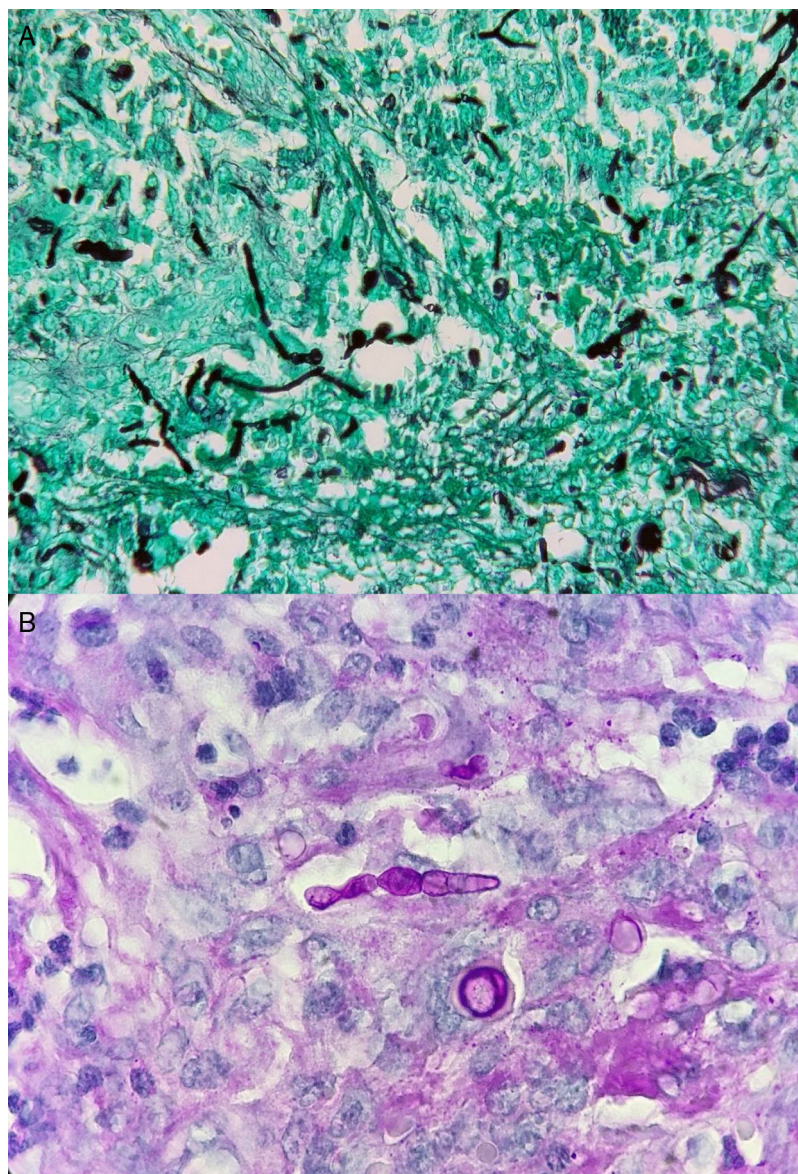


Figura 3. A) Tinción de Grocott, donde pueden observarse tanto conidias (estructuras redondeadas) como hifas tabicadas de 7-10 micrómetros de espesor con bifurcaciones en ángulo agudo. B) Tinción PAS, donde pueden verse las características conidias muriformes en cadenas (centro imagen).

cina B que han mostrado susceptibilidad *in vitro*, aunque no existe consenso sobre duración ni dosis. Se han descrito tratamientos alternativos y/o coadyuvantes como terapia fotodinámica, crioterapia o hipertermia local; todos ellos con resultados heterogéneos y escasamente contrastados⁸.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por el Gobierno de Aragón (Grupo de Investigación Agua y Salud Ambiental, B43_20R), Feder 2014-2020 «Building Europe from Aragón» y Universidad de Zaragoza (UZ2018-BIO-01).

Bibliografía

1. Ara M, Aspiroz C, Zaballos P, Alcalde V, Alvarez R, Rezusta A, et al. Relapse of cutaneous *Alternaria* infectoria in a renal transplant recipient after 2 years. *Acta Dermato-Venereologica*. 2006;86:154–5 [consultado 12 May 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16648921>.
2. Satta R, Dore MP, Pes GM, Biondi G. Iatrogenic immunosuppression may favour *Alternaria* skin lesion flares. *BMJ Case Rep*. 2018;2018, bcr2017223857, [consultado 12 May 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29739763>.
3. Pastor FJ, Guarro J. *Alternaria* infections: Laboratory diagnosis and relevant clinical features. *Clin Microbiol Infect*. 2008;14:734–46 [consultado 12 May 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18727797>.
4. Gené J, Azón-Masoliver A, Guarro J, Ballester F, Pujol I, Llovera M, et al. Cutaneous phaeohyphomycosis caused by *Alternaria longipes* in an immunosuppressed patient. *J Clin Microbiol*. 1995;33:2774–8 [consultado 12 May 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8567925>.
5. Bajwa R, Wojciechowski AL, Hsiao CB. Cutaneous alternariosis in a renal transplant patient successfully treated with posaconazole: Case report and literature review. *Med Mycol Case Rep*. 2017;15:16–20 [consultado 12 May 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28180057>.
6. Iturrieta-González I, Pujol I, Iftimie S, García D, Morente V, Queralt R, et al. Polyphasic identification of three new species in *Alternaria* section *Infectariae* causing human cutaneous infection. *Mycoses*. 2020;63:212–24.
7. Isa-Isa R, García C, Isa M, Arenas R. Subcutaneous phaeohyphomycosis (mycotic cyst). *Clin Dermatol*. 2012;30:425–31.
8. Chowdhary A, Meis JF, Guarro J, de Hoog GS, Kathuria S, Arendrup MC, et al. ESCMID and ECMM joint clinical guidelines for the diagnosis and management of systemic phaeohyphomycosis: Diseases caused by black fungi. *Clin Microbiol Infect*. 2014;20 Suppl 3:47–75 [consultado 12 May 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24483780>.