



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Tinea corporis de extraña etiología en paciente con tratamiento inmunosupresor

Tinea corporis of rare etiology in patient with immunosuppressive treatment

Javier Gutiérrez-Ballesteros^{a,*}, Teresa Nebreda-Mayoral^a, M. Carmen Gutiérrez-Rodríguez^b y Ana M. Martínez-García^a

^a Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España



Descripción del caso

Mujer de 32 años con antecedentes de colitis ulcerosa desde hacía 10 años en tratamiento con infliximab y mesalazina. Residía en una granja con caballos, aunque no tenía contacto directo con estos. La paciente fue derivada a la consulta de Dermatología por la aparición de una placa eritematodescamativa, con máculas y pápulas dispersas en su interior, muy pruriginosa, localizada en el antebrazo derecho, que había ido creciendo por el borde, de aspecto circinado, desde hacía un año (fig. 1). Previamente, había estado en tratamiento con corticoides tópicos de alta potencia durante 6 meses, empeorando la lesión. Se tomaron escamas cutáneas para cultivo micológico y se inició tratamiento con terbinafina oral 250 mg/24 h y flutrimazol tópico al 1% cada 12 h, durante 2 meses.

Las escamas cutáneas se cultivaron en Agar Sabouraud-cloranfenicol (Becton-Dickinson, Tullastrasse, Alemania) y Agar Sabouraud-cicloheximida (Becton-Dickinson, Tullastrasse, Alemania) e incubaron a 30 °C en aerobiosis. A los 6 días de incubación, en

la placa de Agar Sabouraud-cicloheximida se observó crecimiento de dos colonias de un hongo filamentoso con anverso plano, pulverulento, de color amarillento y reverso liso y amarillo brillante (fig. 2a y b). En el examen microscópico mediante la tinción azul de lactofenol, se observaron microconidias piridiformes dispuestas a lo largo de la hifa y macroconidias lanceoladas, rugosas, septadas (6–9 septos) y de pared delgada que emergían de la parte central o final de la hifa (fig. 2c), características con las que se identificó como *Nanizzia praecox*, en base a De Hoog et al.¹. La identificación se corroboró mediante espectrometría de masas MALDI/TOF (Bruker®, Billerica, Estados Unidos) tras extracción proteica en medio líquido descrito por Cassagne et al.² con un score de 2.21 para *N. praecox*.

Evolución

Después de un empeoramiento inicial fue mejorando lentamente. A los 13 días la paciente todavía tenía bastante prurito y eritema. A los 2 meses la lesión estaba prácticamente resuelta



Figura 1. Imagen de la cara anterior y posterior del antebrazo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgutierrezb@saludcastillayleon.es (J. Gutiérrez-Ballesteros).

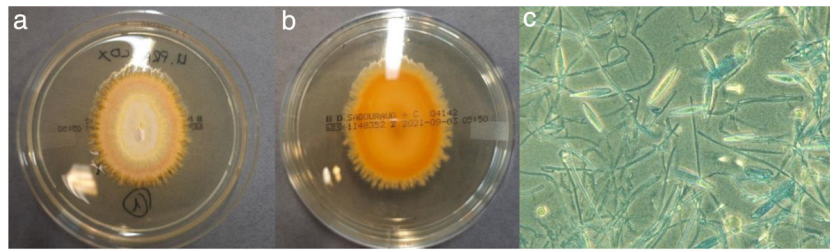


Figura 2. a) Anverso colonia *N. praecox*. b) Reverso colonia *N. praecox*. c) Observación bajo microscopia de contraste de hifas y macroconidias septadas de *N. praecox*. Tinción azul de lactofenol $\times 400$.



Figura 3. Imagen de la cara anterior del brazo a los 2 meses de tratamiento.

(fig. 3), pero persistía el prurito y algo de eritema por lo que se decidió continuar el tratamiento con itraconazol oral 50 mg/24 h durante 14 días y flutrimazol tópico hasta la resolución completa.

Comentario

N. praecox es un dermatofito perteneciente a la familia *Arthrodermataceae*, clasificado hasta 2017 en el género *Microsporium* (*M. praecox*). Es un hongo geofílico y zoofílico estrechamente relacionado con ambientes equinos, que raramente causa infección en humanos^{3,4}. Hasta la fecha actual, hay descritos menos de 40 casos en la literatura. Uhrlaß et al.⁵ describen 3 casos de *tinea corporis* causada por *N. praecox* en un período de 5 años, en el que 2 de los pacientes habían tenido contacto directo con caballos. Alanio et al.⁶ describen otro caso de una jinete con una *tinea corporis* en el que el agente etiológico fue *M. praecox*. En el caso que describimos, nuestra paciente no tenía contacto directo con caballos, pero sí vivía en un ambiente equino, por lo que la transmisión indirecta a través del suelo y materiales contaminados parece ser la vía de contagio más probable, debido a que las características geofílicas

de este dermatofito le permiten permanecer en el ambiente sin necesidad de reservorio animal⁴. La principal limitación de este trabajo es no disponer de una técnica de PCR para confirmar la identificación. Sin embargo, Hamal et al.⁷ presentan un estudio en el que incluyen 196 hongos filamentosos, incluidos dermatofitos, donde la identificación por MALDI/TOF asociada con una extracción previa de proteínas en medio líquido presentó una tasa de correlación a nivel de especie cercana al 90% con los resultados de secuenciación. Los resultados obtenidos por Hamal et al.⁷, en conjunto con el caso descrito, muestran que mediante la utilización de dos técnicas complementarias y asequibles para la mayoría de laboratorios, como son la espectrometría de masas y la identificación macro/microscópica, se obtienen resultados equiparables a los obtenidos con técnicas moleculares más complejas y menos accesibles para la mayoría de servicios de Microbiología. En cuanto al tratamiento, el uso de antifúngicos tópicos suele ser suficiente en lesiones no inflamatorias circunscritas; en casos más graves suele ser necesaria la asociación con un antifúngico sistémico (terbinafina, griseofulvina o azoles)⁴. La resolución de la lesión suele darse en el plazo de un mes con tratamiento adecuado^{5,6}. En este caso, la resolución fue más lenta (> 2 meses) probablemente debido a que la paciente estaba con tratamiento crónico inmunosupresor para el tratamiento de su patología. Por lo tanto, *N. praecox* es un patógeno a considerar en pacientes con lesiones compatibles con *tinea corporis* y/o *tinea capitis* y que convivan en ambientes con contacto directo o indirecto con caballos.

Bibliografía

- De Hoog GS, Guarro J, Gené J. Atlas of clinical fungi. 4th ed Reus, España: Centraalbureau voor Schimmelcultures/Universitat Rovira i Virgili; 2020. p. 1155–7.
- Cassagne C, Ranque S, Normand AC, Fourquet P, Thiebault S, Planard C, et al. Mould routine identification in the clinical laboratory by matrix-assisted laser desorption/ionization time-of-flight mass spectrometry. PLoS One. 2011;6:e28425, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0028425>.
- De Hoog GS, Dukik K, Monod M, Packeu A, Stubbe D, Hendrickx M, et al. Toward a novel multilocus phylogenetic taxonomy for the Dermatophytes. Mycopathologia. 2017;182:5–31, <http://dx.doi.org/10.1007/s11046-016-0073-9>.
- Dukik K, de Hoog GS, Stielow JB, Freeke J, van den Ende BG, Vicente VA, et al. Molecular and phenotypic characterization of *Nanizzia* (*Arthrodermataceae*). Mycopathologia. 2020;185:9–35, <http://dx.doi.org/10.1007/s11046-019-00336-9>.
- Uhrlaß S, Maysen P, Schwarz R, Koch D, Krüger C, Korfmann I, et al. Dermatophytes due to *Nannizzia praecox* (formerly *Microsporium praecox*) in Germany: case reports and review of the literature. Mycopathologia. 2018;183:391–8, <http://dx.doi.org/10.1007/s11046-017-0213-x>.
- Alanio A, Romand S, Penso-Assathiany D, Foulet F, Botterel F. *Microsporium praecox*: molecular identification of a new case and review of the literature. Mycopathologia. 2011;171:61–5, <http://dx.doi.org/10.1007/s11046-010-9348-8>.
- Hamal P, Vavrova A, Mrázek J, Svobodova L. Identification of filamentous fungi including dermatophytes using MALDI-TOF mass spectrometry. Folia Microbiol (Praha). 2022;67:55–61, <http://dx.doi.org/10.1007/s12223-021-00917-6>.