

**Figura 3.** Resolución de las lesiones tras 2 semanas de tratamiento con antifúngicos orales y tópicos.

como las temperaturas elevadas y una alta humedad relativa, hiperhidrosis, etc.<sup>1</sup>.

El diagnóstico es clínico, pero se puede confirmar la presencia del hongo mediante un raspado de la lesión y una visión directa con KOH, lo que permite apreciar la característica imagen en «espagueti y albóndigas» que corresponde a las hifas y esporas de la levadura, respectivamente. Si se manifiesta de manera atípica puede simular otras enfermedades como la *pitiriasis rubra pilaris*, el eritema o la pitiriasis rotunda<sup>3-5</sup>.

Hasta ahora no se había publicado ningún caso que clínicamente se pudiese confundir con una tricostasis espinulosa, un trastorno relativamente frecuente de la piel que clínicamente se caracteriza por presentar pápulas foliculares hiperqueratósicas resultantes de la retención folicular del vello que puede asemejarse a la queratosis pilar. Existen 2 variantes: una forma que suele ser no pruriginosa, más frecuentemente localizada en la cara<sup>6</sup>, y otra que generalmente produce prurito y se localiza en el tronco y en la parte superior del tronco, es decir en las mismas áreas de la pitiriasis versicolor, con lo que el sebo puede ser un factor predisponente<sup>7,8</sup>.

Sobre esta enfermedad se han publicado casos de localización atípica, como el cuero cabelludo y simulando alopecia areata<sup>9</sup>, asociada a enfermedades como la insuficiencia renal crónica<sup>10</sup>, y a otras etiologías como *Malassezia*<sup>11</sup>.

Este caso de pitiriasis versicolor con una presentación atípica, que provocó un retraso en el diagnóstico y en su tratamiento, debe alertar a los especialistas sobre esta enfermedad en casos que clínicamente simulen una tricostasis espinulosa, ya que se suelen localizar en áreas de predominio seborreico.

## Financiación

No existen fuentes de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Gupta AK, Ryder JE, Nicol K, Cooper EA. Superficial fungal infections: An update on Pitiriasis versicolor, seborrheic dermatitis, tinea capitis, and onychomycosis. *Clin Dermatol.* 2003;21:417-25.
2. Harada K, Saito M, Sugita T, Tsuboi R. *Malassezia* species and their associated skin diseases. *J Dermatol.* 2015;42:250-7.
3. Aste N, Pau M, Aste N. Pitiriasis versicolor on the groin mimicking erythrasma. *Mycoses.* 2004;47:249-51.
4. Aste N, Pau M, Aste N, Biggio P. Case report. Pitiriasis versicolor mimicking pitiriasis rotunda. *Mycoses.* 2002;45:126-8.
5. Berry M, Khachemoune A. Extensive tinea versicolor mimicking Pitiriasis rubra pilaris. *J Drugs Dermatol.* 2009;8:490-1.
6. Noel N, Gerstein D, Faust H. Pruritic hyperkeratotic facial papules. Trichostasis spinulosa. *Arch Dermatol.* 1997;133:1579-82.
7. Strobos MA, Jonkman MF. Trichostasis spinulosa: Itchy follicular papules in young adults. *Int J Dermatol.* 2002;41:643-6.
8. Young MC, Jorizzo JL, Sanchez RL, Hebert AA, Thomas DR, King CA. Trichostasis spinulosa. *Int J Dermatol.* 1985;24:575-80.
9. Chagas FS, Donati A, Soares II, Valente NS, Romiti R. Trichostasis spinulosa of the scalp mimicking Alopecia areata black dots. *An Bras Dermatol.* 2014;89:685-7.
10. Sidwell RU, Francis N, Bunker CB. Diffuse Trichostasis spinulosa in chronic renal failure. *Clin Exp Dermatol.* 2006;31:86-8.
11. Chung TA, Lee JB, Jang HS, Kwon KS, Oh CK. A clinical, microbiological, and histopathological study of Trichostasis spinulosa. *J Dermatol.* 1998;25:697-702.

Tamara Gracia-Cazaña<sup>a,\*</sup>, María Pilar Sánchez Salas<sup>a</sup>,  
Esteban Padgett<sup>b</sup> y Gorka Muñoz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Dermatología, Hospital de Barbastro, Barbastro, Huesca, España

<sup>b</sup> Servicio Aragonés de Salud, Hospital de Barbastro, Barbastro, Huesca, España

<sup>c</sup> Unidad de Patología, Hospital de Barbastro, Barbastro, Huesca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [tamgracaz@gmail.com](mailto:tamgracaz@gmail.com) (T. Gracia-Cazaña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riam.2016.01.005>  
1130-1406/

© 2016 Asociación Española de Micología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Miocarditis aguda candidiásica en un paciente crítico

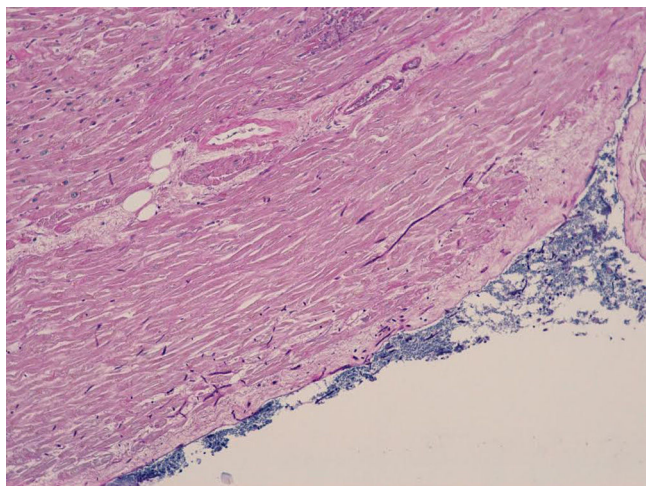


### Acute Candida myocarditis in a critical care patient

Sres. Directores:

Presentamos el caso de un varón de 75 años, diabético, con úlcera perianal recidivante que precisó dos intervenciones quirúrgicas y varios tratamientos antibióticos. El paciente fue ingresado por agudización de su cuadro; se le administró como tratamiento ceftriaxona y posteriormente amoxicilina-clavulánico. A los

15 días se realizó una colostomía terminal y 7 días después apareció supuración por herida de colostomía con signos isquémicos. La tomografía axial computarizada mostró signos de suboclusión intestinal del intestino delgado, neumoperitoneo e infección de la pared abdominal pericostomía, lo que llevó a comenzar un tratamiento con piperacilina-tazobactam. A las 48 h el paciente desarrolló shock séptico, por lo que fue ingresado en la UCI en situación de fracaso multiorgánico. A su llegada, se inicia un tratamiento con meropenem, linezolid y fluconazol. Posteriormente se recibió la información del crecimiento de *Candida albicans* en un hemocultivo del paciente. Sin respuesta al tratamiento, el paciente fue exitus a las 12 h del ingreso en la UCI.



**Figura 1.** Presencia de hifas y esporas en fibras miocárdicas.

El estudio histopatológico mostró la presencia de hifas tabicadas y esporas positivas a PAS en vejiga, riñón y corazón, sin afectación de otros órganos. En el corazón se observaron lesiones en subendocardio y entre las fibras miocárdicas. La presencia de un infiltrado linfocítico T CD3 positivo en un recuento de más de 14 linfocitos/campo fue diagnóstico de miocarditis aguda candidiásica (MAC) (fig. 1).

Los órganos más frecuentemente afectados en la infección fúngica diseminada (IFD) son el hígado y el bazo, seguidos por los riñones, el cerebro, los ojos y el miocardio. La afectación cardíaca ocurre en un 10-63% de los pacientes con IFD<sup>2</sup> en forma de endocarditis, pericarditis o miocarditis. Los casos descritos de MAC son escasos, publicados en los 80 y 90<sup>3</sup>, en pacientes con cáncer o inmunosupresión severa<sup>5</sup>. Los criterios histopatológicos de Dallas (1987), presencia de infiltrado inflamatorio intersticial y necrosis de miocitos<sup>6</sup>, definen el diagnóstico de miocarditis. Con las tinciones PAS y GMS se visualizan las hifas y las esporas fúngicas<sup>6</sup>.

La dificultad diagnóstica de la afectación cardíaca queda patente en el estudio de Walsh et al.<sup>7</sup>. Con la afectación cardíaca pueden aparecer arritmias, hipotensión/shock, fallo multiorgánico y muerte<sup>4</sup>. En la miocarditis no se producen procesos embólicos ni aparición de soplos cardíacos. Puede producirse una pericarditis por afectación contigua.

La afectación miocárdica debería sospecharse en pacientes con colonización candidiásica múltiple, asociada a bloqueo auriculoventricular, cambios en el QRS o arritmia de nueva aparición<sup>2</sup>, ninguno de ellos específico. La afectación más sensible pero menos específica parece ser la alteración del segmento ST en pacientes sin tratamiento digitalico. En el ECG de nuestro paciente se observaba una infradesnivelación de ST inferior a 1 mm en la cara anterior (v3-v4). La observación por ecocardiografía de

microabscesos septales podría indicar el diagnóstico en pacientes con factores de riesgo para la IFD<sup>1</sup>.

La MAC está más frecuentemente asociada a la intervención quirúrgica del tracto gastrointestinal, la antibioterapia y los corticoides/inmunosupresores<sup>6</sup>. Nuestro paciente recibió múltiples antibióticos, nutrición parenteral y se le realizó una cirugía abdominal. El Candida Score por encima de 3 apoyaba el diagnóstico de una IFD, con el origen abdominal como el más probable. Sorprendentemente la necropsia no reveló localización peritoneal ni intestinal de la misma. Únicamente se observó la presencia de hifas en riñones y miocardio. Como en la mayoría de los casos publicados, nuestro paciente con MAC tuvo un diagnóstico tardío con desenlace fatal, que probablemente la MAC favoreció.

### Agradecimientos

A todo el personal que participó en la atención del paciente y a todos los que han hecho posible la redacción/publicación de este artículo.

### Bibliografía

1. Donal E, Coisne D, Corbi P, Christiaens L, Allal J, Barraine R. [Candida albicans myocarditis or endocarditis? Echocardiographic aspects] French. Ann Cardiol Angeiol (Paris). 1998;47:465-8.
2. Franklin WG, Simon AB, Sodeman TM. Candida myocarditis without valvulitis. Am J Cardiol. 1976;38:924-8.
3. Harris M, Narayan A, Orchard EA. Fungal myocarditis in a preterm neonate. BMJ Case Rep. 2012, pii: bcr-2012-007174, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-007174>
4. Riera M, Ibáñez J, Esteva M, Ramos R, Riera M. Candidiasis diseminada con afectación miocárdica. An Med Interna. 2002;19:64-5.
5. Said S, Liebrand B, Bansraj N, Eijken E. Fatal septic shock caused by Candida myocarditis associated with malignant lymphoma and Epstein-Barr virus mediated disorder. J Intern Med. 2011;1:24-8.
6. Taneja K, Garg S, Sharma N, Gupta A, Hasija S, Arora A. Cardiac candidiasis – An unexpected sudden cause of death with review of literature. Int J Biomed Res. 2014;5:778-9.
7. Walsh TJ, Hutchins GM, Bulkey BH, Mendelsohn G. Fungal infections of the heart: Analysis of 51 autopsy cases. Am J Cardiol. 1980;45:357-66.

Mar Miralbés Torner<sup>a,\*</sup>, Ana Isabel Abó Rivera<sup>b</sup>,  
Montserrat Vallverdú Vidal<sup>a</sup> y Mercedes Palomar Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mar.miralbes@gmail.com](mailto:mar.miralbes@gmail.com) (M. Miralbés Torner).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riam.2016.04.002>  
1130-1406/

© 2016 Asociación Española de Micología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.