

Granuloma de Majocchi. A propósito de un caso en atención primaria



Majocchi granuloma. Presentation of a case in Primary Care

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 70 años con una lesión cutánea en rodilla izquierda de difícil filiación, que no mejora con los tratamientos tópicos convencionales, y con el diagnóstico final de granuloma de Majocchi o perifoliculitis nodular granulomatosa. El granuloma de Majocchi es una dermatofitosis poco frecuente, que se caracteriza porque profundiza a dermis y suele afectar al folículo piloso. Afecta típicamente a mujeres en extremidades inferiores. El diagnóstico se lleva a cabo mediante anatomía patológica, y el tratamiento efectivo es con antifúngicos sistémicos durante un tiempo prolongado. El caso clínico ilustra los pasos realizados para obtener un diagnóstico de la lesión cutánea ante la falta de respuesta terapéutica a un tratamiento tópico convencional.

Mujer de 70 años, ama de casa, con antecedentes médicos de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y cardiopatía mal filiada, en tratamiento crónico con insulina, rosuvastatina, olmesartán y diltiazem.

Consulta por la aparición de una lesión pruriginosa en la rodilla izquierda que se inició como un traumatismo tras caída accidental varios meses antes. La paciente se había tratado con metilprednisolona tópica durante un tiempo indeterminado, sin efecto.

A la exploración se objetiva un placa anular no infiltrada con bordes eritematodescamativos y pápulas de iguales características en la superficie anterior de la rodilla izquierda, sin otras lesiones cutáneas acompañantes (fig. 1).

Ante la sospecha de tiña incógnita se inicia tratamiento con terbinafina tópica cada 12 h.

A los 20 días la paciente consulta de nuevo por persistencia del prurito, y la lesión permanece sin cambios, por lo que se realiza una biopsia intralesional con un *punch* de 6 mm que se envía al servicio de anatomía patológica de nuestro hospital de referencia. Se pauta tratamiento sintomático con antihistamínico vía oral, y se cambia el antifúngico tópico a ciclopirox cada 12 h hasta el resultado histopatológico (fig. 2).

El informe de la biopsia es el siguiente: fragmento de piel con focos de paraqueratosis que incluye neutrófilos. Epidermis: hiperplasia psoriasiforme irregular. Dermis superficial y media: infiltrados linfocitarios y eosinofílicos de predominio perivascular y proliferación vascular de patrón lobulillar (tipo acroangiodermatitis). Técnica PAS y Gomori-Grocott: hifas tabicadas no filamentosas y esporas micóticas. Diagnóstico: dermatofitosis superficial cutánea.

Ante este resultado se procede al raspado de la lesión para cultivo micológico, que resulta positivo para *Trichophyton rubrum*.

Por todo ello se llega al diagnóstico de granuloma de Majocchi, iniciándose tratamiento con terbinafina 250 mg/día vía oral, que se mantuvo durante 12 semanas hasta la resolución de la lesión.



Figura 1 Lesión típica de granuloma de Majocchi.

El granuloma de Majocchi, también conocido como perifoliculitis nodular granulomatosa, es una dermatofitosis superficial que profundiza a dermis y suele afectar al folículo piloso con rotura del mismo, salida de queratina y formación de respuesta dérmica granulomatosa¹.

Es una entidad poco frecuente. La mayoría de los casos afecta a mujeres de edad media, con antecedentes personales de tiña pedis y/o *ungium* que han sufrido un traumatismo



Figura 2 Lesión tras tratamiento con antifúngico tópico.

físico en la zona². Se localiza en miembros inferiores en un 60% de los casos, en menor proporción en miembros superiores y tronco, y es excepcional en la cabeza^{3,4}. El agente etiológico causal más frecuente es el *Trichophyton tubrum*⁵. Se necesita un trauma local previo para que los dermatofitos, que suelen afectar solo al estrato córneo de la epidermis, rompan el folículo y el hongo penetre en la dermis. El potencial patogénico de los dermatofitos depende de factores locales y sistémicos⁶.

Clínicamente hay 2 formas de presentación: dermatofitosis crónica con pequeñas pápulas pardoeritematosas o eritematovioláceas perifoliculares que pueden confluir y formar una o más placas; y nódulos más profundos, con reacción inflamatoria mayor que incluso pueden abscesificar, esta forma es más típica de pacientes inmunodeprimidos^{7,8}.

Histológicamente se caracteriza por intenso infiltrado linfohistiocitario con abundantes polimorfonucleares neutrófilos formando granulomas, células gigantes, destrucción de folículos con salida de queratina e hifas PAS+ en dermis y epidermis⁹.

El diagnóstico clínico del granuloma de Majocchi no suele ser sencillo, por lo que se realizará biopsia y cultivo micológico en medio de Saboraud. El reto desde atención primaria consiste en sospechar este proceso en función de la clínica y los datos de la anamnesis⁵.

El diagnóstico diferencial se debe establecer con la tiña incógnita, el pioderma bacteriano, las infecciones por micobacterias atípicas y otras foliculitis bacterianas y candidiásicas.

El tratamiento se hace con terbinafina vía oral a dosis de 250-500 mg al día o derivados imidazólicos (ketoconazol, itraconazol o fluconazol)⁵ a dosis estándar durante un tiempo variable según la evolución, pero en general el doble que para la tiña común.

En el caso de nuestra paciente y motivo de esta presentación, llama la atención que el uso previo de corticoides fue motivo de confusión en el diagnóstico y tratamiento inicial. Especial relevancia merece el hecho de poder realizar el diagnóstico definitivo mediante biopsia en nuestro ámbito de atención primaria. Se trata, por tanto, de una entidad que puede presentar variantes en su presentación clínica,

pero con una correcta historia clínica y pruebas complementarias concretas, todas ellas accesibles para el médico de familia, es fácil de diagnosticar y de tratar.

Bibliografía

1. Wilson JW, Plunkett OA, Gregfersen A. Nodular granulomatous perifolliculitis of the legs caused by *Trichophyton rubrum*. Arch Dermatol. 1954;69:258-77.
2. Del Río Reyes R, Rodríguez Vázquez M, Comunión Artieda A, Santos-Briz Terrón A, Guerra Tapia A, Iglesias Díez L. Foliculitis por *Trichophyton rubrum* (granuloma de Majocchi). Actas Dermosifiliogr. 2001;92:409-11.
3. Chang P. Granuloma dermatofítico. Presentación de 12 casos. Piel. 2001;16:175-9.
4. Chen HH, Chiu HC. Facial Majocchi's granuloma caused by *Trichophyton tonsurans* in an immunocompetent patient. Acta Derm Venereol. 2002;83:65-6.
5. Clemente-Ruiz de Almirón A, Serrano Falcón C, Serrano Falcón MM, Burkhardt Pérez P, Naranjo Sintés N. Granuloma de Majocchi de presentación como tiña incógnita. Med Cutan Iber Lat Am. 2009;37:193-6.
6. Smith KJ, Neafie RC, Skelton III, Barrett Graham JH, Lupton GP. Majocchi's granuloma. J Cutan Pathol. 1991;18:28-35.
7. Echevarría C, Navarro P. Infección atípica por *Trichophyton rubrum* en un paciente inmunocomprometido. Folia Dermatol. 1998;9:40-2.
8. Gupta S, Kumar B, Radrota BD, Rai R. Majocchi's granuloma *trichophyticum* in an immunocompromised patient. Int J Dermatol. 2000;39:140-59.
9. Smith KJ, Neafie RC, Skeleton HG 3rd, Barrett TL, Graham JH, Lupton GP. Majocchi's granuloma. J Cutan Pathol. 1991;18:28-35.

Y. González*, A.M. López, G. Wilburn y M. Escudero

Centro de Salud Reyes Magos, Servicio Madrileño de Salud, Área Este, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iris.gonzalez86@hotmail.com

(Y. González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2015.10.009>