

Lesión cutánea papuloeritematosa tras punción con acícula de pino en paciente en tratamiento corticoideo

E. Calabuig-Muñoz^a, J.A. Todolí-Parra^a, J. Pemán-García^b y F.J. Vera-Sempere^c

Servicios de ^aMedicina Interna, ^bMicrobiología y ^cAnatomía Patológica. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Caso clínico

Varón de 72 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo II, así como bronquitis crónica en tratamiento con oxígeno domiciliario, corticoides inhalados y sistémicos. Ingresa por agudización de su broncopatía crónica y se nos consulta para valorar una lesión cutánea papuloeritematosa, con borde activo, de 10 × 8 cm aproximadamente, muy pruriginosa, en antebrazo derecho. Se había iniciado 4-5 días antes de su ingreso actual tras punción accidental con una acícula de pino (fig. 1). Se practicaron una biopsia cutánea que se procesó para estudio microbiológico e histopatológico, así como dos punciones-aspiraciones de tejido celular subcutáneo para estudio microbiológico.

El examen histológico demostró la existencia de una dermatitis granulomatosa con densa infiltración por células macrófagicas, escasos elementos linfoides CD20+, y ocasionales células gigantes. En el interior del infiltrado se detectó la presencia de formaciones esporulares de 20 µ de diámetro junto con hifas rectilíneas, con un carácter de positividad para la reacción del ácido peryódico de Schiff (PAS) y la tinción argéntica de metenamina-Groccott (fig. 2).

Evolución

El estudio microbiológico aisló e identificó *Alternaria alternata* tanto en la muestra de la biopsia como en las obtenidas por punción del tejido celular subcutáneo. Se inició tratamiento con itraconazol a dosis de 400 mg/día vía oral, apreciando una mejoría lenta y progresiva de las lesiones. Se mantuvo el itraconazol durante 2 meses con resolución del cuadro, persistiendo una ligera hiperpigmentación cutánea residual. Los corticoides sistémicos se redujeron pero no pudieron ser retirados, sin haberse apreciado recidiva de las lesiones fúngicas al año de seguimiento.

Comentario

Alternaria es un hongo dematiáceo cosmopolita aislado con frecuencia del suelo, plantas, alimentos y aire. *A. alternata* es la más frecuentemente aislada en



Figura 1. Lesión cutánea en antebrazo derecho, papuloeritematosa, con borde activo.

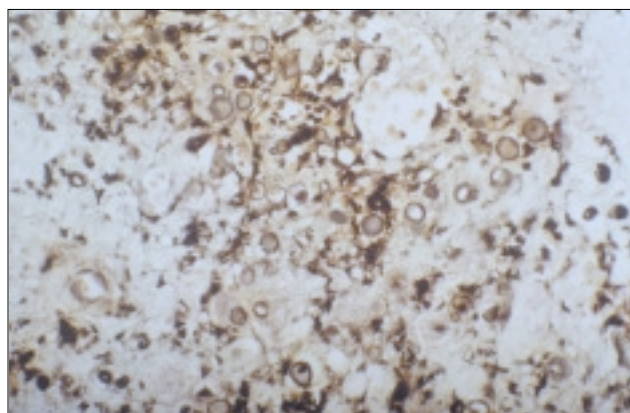


Figura 2. Tinción argéntica de Groccott poniendo de manifiesto múltiples formaciones esporulares fúngicas en el interior del infiltrado granulomatoso dérmico (Groccott, x250).

infecciones humanas, considerándose como patógeno oportunista¹. *Alternaria* spp. es uno de los agentes causales de feohifomicosis, pudiendo producir tanto infecciones superficiales (onicomicosis, sinusitis, úlceras cutáneas o queratitis) como profundas (osteomielitis)²⁻⁴. En pacientes inmunocompetentes, *Alternaria* puede colonizar los senos paranasales, produciendo una sinusitis hipertrófica crónica; pero en inmunodeprimidos, esta colonización puede evolucionar hacia una enfermedad invasora⁵. Además, en sujetos agricultores también se ha descrito como causa de otitis media⁶.

Correspondencia: Dr. J.A. Todolí-Parra.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario La Fe.
Avda. de Campanar, 21. 46009 Valencia. España.
Correo electrónico: jtodolip@nexo.es

Manuscrito recibido el 21-05-2002; aceptado el 08-07-2002.

La alternariosis cutánea es una rara infección oportunista de la que existen menos de 100 casos descritos. Puede causar lesiones únicas o múltiples, de coloración marrón o rojiza, papulonodulares, ulcerocostrosas o pustulosas⁷. Se han comunicado casos de alternariosis cutánea en pacientes bajo tratamiento corticoideo⁸ o con síndrome de Cushing^{9,10}, en trasplantados renales, hepáticos^{11,12} y de médula ósea¹³, así como en anemias aplásicas¹⁴, neoplasias sólidas¹⁵ y hematológicas¹⁶ y sida¹⁷. Sin embargo, también se han descrito casos en pacientes sin enfermedad debilitante conocida¹⁸. *Alternaria* spp. crece rápidamente en los medios de cultivo habituales y sus colonias suelen alcanzar los 3-6 cm de diámetro a los 7 días de incubación. Las colonias son planas, algodonosas y están cubiertas por un micelio gris que con el tiempo se oscurece (verde oliva), con el reverso marrón oscuro o negro, debido a la producción de pigmento. Al microscopio, *Alternaria* spp. presenta hifas tabicadas pigmentadas que dan origen a conidióforos de longitud variable de los cuales se originan grandes conidias (7-10 × 23-34 µm) tabicadas, tanto transversal como longitudinalmente^{19,20}. Suele ser un contaminante habitual en el laboratorio, por lo que todo aislamiento requiere una minuciosa evaluación sobre su implicación etiológica²¹. El tratamiento con anfotericina B y 5-fluorocitosina suele conseguir la resolución de las lesiones y también resulta eficaz la administración de fluconazol, itraconazol o terbinafina^{22,23}.

Bibliografía

- Vartivarian SE, Anaissie EJ, Bodey GP. Emerging fungal pathogens in immunocompromised patients: Classification, diagnosis, and management. *Clin Infect Dis* 1993;17:S487-91.
- Anaissie EJ, Bodey GP, Rinaldi MG. Emerging fungal pathogens. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1989;8:323-30.
- Garau J, Diamond RD, Lagrotteria LB, Kabins SA. *Alternaria* osteomyelitis [letter]. *Ann Intern Med* 1977;86:747-8.
- Schell WA. Unusual fungal pathogens in fungal rhinosinusitis. *Otolaryngol Clin North Am* 2000; 33:367-73.
- Vennewald I, Henker M, Klemm E, Seebacher C. Fungal colonization of the paranasal sinuses. *Mycoses* 1999;42:33-6.
- Wadhvani K, Srivastava AK. Fungi from otitis media of agricultural field workers. *Mycopathologia* 1984;88:155-9.
- Eguino P, Aguirrebengoa K, Vilar B, Zárraga S, Ratón JA, Montejo M. Lesiones verrucosas subcutáneas en una paciente con trasplante renal. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:129-30.
- Aznar R, Marigil J, Puig de la Bellacasa J, Serrano R, Lacasa J, Ziad F, et al. Cutaneous alternariosis responding to ketoconazole. *Lancet* 1989;1:667-8.
- Lucas Morante T, Rotes Mas I, Sabate de la Cruz X, Bonín Lafuente R, Soler Ramón J. Síndrome de Cushing con alternariosis cutánea. Localización tumoral por Body-Scanner. *Rev Clin Esp* 1980;156:133-8.
- Guerin V, Barbaud A, Duquenne M, Contet Audonneau N, Amiot F, Ortega F, et al. Cushing's disease and cutaneous alternariosis. *Arch Intern Med* 1991;151:1865-8.
- Bourlond A, Alexandre G. Dermal alternariosis in a kidney transplant recipient. *Dermatologica* 1984;168:152-6.
- Repiso T, Martín N, Huguet P, Luelmo J, Roca M, González-Castro, et al. Cutaneous alternariosis in a liver transplant recipient. *Clin Infect Dis* 1993; 16:729-30.
- Shearer C, Chandrasekar PH. Cutaneous alternariosis and regional lymphadenitis during allogeneic BMT. *Bone Marrow Transplant* 1993;11:497-9.
- Mirkin LD. *Alternaria alternata* infection of skin in a 6-year-old boy with aplastic anemia. *Pediatr Pathol* 1994;14:757-61.
- 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;33:2774-6.
- Rovira M, Marín P, Martín Ortega E, Montserrat E, Rozman C. *Alternaria* infection in a patient receiving chemotherapy for lymphoma. *Acta Haematol* 1990;84:98-100.
- Lévy Klotz B, Badillet G, Cavelier Balloy B, Chemaly P, Leverger G, Civatte J. Cutaneous alternariosis in AIDS. *Ann Dermatol Venerol* 1985;112:739-40.
- Sáenz Santamaría MC, Gilaberte Y, García Latasa FJ, Carapeto FJ. Cutaneous alternariosis in a nonimmunocompromised patient. *Int J Dermatol* 1995;34:556-7.
- Collier L, Balows A, Sussman M. Topley & Wilson's Microbiology and Microbial Infections, 9th ed. Vol. 4. New York: Arnold, London, Sydney, Auckland, 1998.
- Larone DH. Medically Important Fungi - A Guide to Identification, 3rd ed. Washington: ASM Press, 1995.
- Pritchard RC, Muir DB. Black fungi: A survey of dematiaceous hyphomycetes from clinical specimens identified over a five year period in a reference laboratory. *Pathology* 1987;19:281-4.
- Díaz M, Puente R, Treviño MA. Response of long-running *Alternaria alternata* infection to fluconazole. *Lancet* 1990;336:513.
- Sharkey PK, Graybill JR, Rinaldi MG, Stevens DA, Tucker RM, Peterie JD, et al. Itraconazole treatment of phaeohyphomycosis. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:577-86.