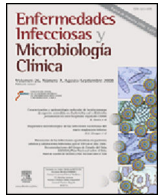




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Lesiones cutáneas en la mano de una paciente trasplantada

Cutaneous lesions on the hand of a transplant recipient



Mercedes Sendín-Martín^{a,*}, Francisco Javier Nieto-García^b, José Alberto García-Bolaños^c
y Águeda Pulpillo-Ruiz^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Medicina Integral, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^c Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Descripción clínica del caso

Mujer de 67 años, trasplantada renal desde 2 meses antes, desarrolló en el mes postrasplante una placa eritematosa con nódulos violáceos coalescentes en el dorso de la mano derecha (fig. 1), sin fiebre ni síntomas sistémicos. Se encontraba en tratamiento inmunosupresor con prednisona, micofenolato de mofetilo y tacrolimus. La lesión apareció tras canalización traumática de una vía periférica, y fue tratada inicialmente como una celulitis bacteriana con antibioterapia oral, sin respuesta. También presentaba un pequeño nódulo violáceo en la cara lateral de pie derecho (fig. 2), que la



Figura 1. Placa eritematosa con nódulos violáceos coalescentes en el dorso de la mano derecha de la paciente, que coincidía con la zona en la que se había canalizado de forma traumática una vía periférica semanas antes.



Figura 2. Nódulo violáceo sobre base eritematosa en la cara lateral del pie derecho.

paciente refería había aparecido tras manipularse con las manos una herida que le había provocado el calzado.

Evolución

Tras una evolución tórpida, se realizaron biopsias cutáneas del dorso de la mano y del nódulo en la cara lateral en el pie derecho. El estudio histológico con técnica Grocott permitió observar estructuras fúngicas correspondientes a un hongo dematiáceo afectando a dermis media y profunda (fig. 3, flechas rojas). Se enviaron muestras de ambas biopsias para cultivo microbiológico, y se observó crecimiento de *Alternaria* spp.

Se realizaron radiografía de tórax y hemocultivos que descartaron siembras o diseminación hematógena. La paciente recibió tratamiento con posaconazol IV (300 mg/12 h) durante un mes con una rápida mejoría a las pocas semanas de iniciar el tratamiento. Seguidamente continuó con posaconazol oral 300 mg diarios hasta completar un total de 6 meses de tratamiento antifúngico, consiguiéndose la resolución completa de ambas lesiones.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mercedessendin@gmail.com (M. Sendín-Martín).

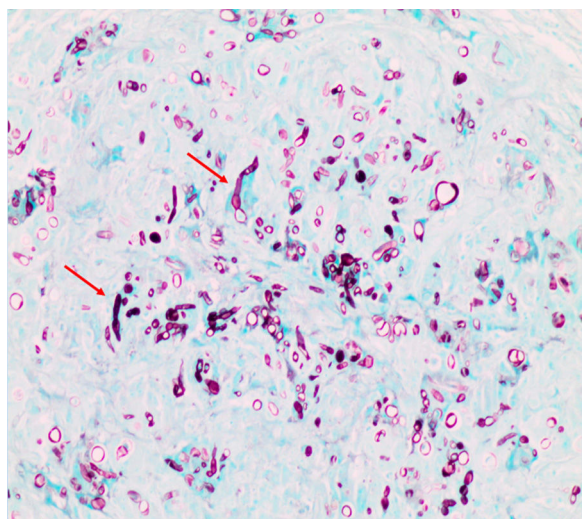


Figura 3. Visión a $\times 10$ con técnica de Grocott que permite ver las estructuras fúngicas correspondientes al hongo dematiáceo (flechas rojas) afectando a dermis media y profunda.

Comentario final/discusión

Las feohifomicosis son micosis en las que intervienen hongos dematiáceos, en forma de levadura en gemación o en forma de hifas. Estos organismos son considerados generalmente saprófitos o comensales. *Alternaria* es un hongo dematiáceo saprófito del suelo y patógeno vegetal, que raramente causa infecciones en humanos inmunocompetentes¹, siendo la afectación cutánea o subcutánea la más frecuente (74,3%), ocasionando con menor frecuencia infecciones oftalmológicas, rinosinusitis y onicomycosis¹. Se han recogido, únicamente 56 casos de alternariosis en la literatura en los últimos 10 años², y 212 desde que se publicó el primer caso en 1933¹⁻³. El principal factor de riesgo para padecer la infección es la inmunosupresión, siendo el 71% de los casos recogidos en una revisión individuos trasplantados de órgano sólido y un 11% pacientes con neoplasias hematológicas². La forma de inicio de la infección no está claramente establecida, aunque parece que el antecedente de herida cutánea ha de estar presente⁴. Es más frecuente en varones, en países mediterráneos y las extremidades son el lugar afectado con mayor frecuencia^{1,2,5}.

Las manifestaciones clínicas de la infección cutánea por *alternaria* son muy variadas. En las formas superficiales (epidérmicas) aparecen áreas eritematodescamativas con elementos papulosos que tienden a la erosión y a la descamación¹⁻³, mientras las formas más profundas (dérmicas), generalmente precedidas por un traumatismo penetrante, suelen presentarse como una placa violácea, a veces dolorosa, tendente a la ulceración^{2,6}. El rango temporal entre la inoculación y la aparición de las lesiones oscila entre 2 meses y varios años⁷.

Aunque en muchas ocasiones las esporas pueden detectarse en la imagen histológica^{2,7}, el diagnóstico de infección por *Alternaria* spp requiere aislamiento del hongo mediante cultivo. En este, la morfología de las conidias y la formación o no de cadenas de conidias son el principal elemento con el que se establece el diagnóstico¹. No obstante, en muchas ocasiones el microorganismo es incapaz de esporular, y en consecuencia no pueden detectarse con el microscopio o son difícilmente distinguibles de otras formas contaminantes. En estas ocasiones para el diagnóstico definitivo han de emplearse técnicas de biología molecular^{8,9}.

El pronóstico de esta entidad es insidioso, y el tratamiento no está claramente estandarizado, de forma que las mayores tasas de curación se han conseguido con la combinación de cirugía con tratamiento antifúngico sistémico^{2,7,8}. Se han descrito casos de resolución con el empleo exclusivo de termoterapia, pues se ha documentado el freno de la proliferación del hongo *in vitro* a la temperatura de 37 °C⁸. Como antifúngicos sistémicos se han empleado el itraconazol (entre 100-600 mg/d con una duración del tratamiento variable), voriconazol, fluconazol y posaconazol, siendo el primero el empleado en un mayor número de ocasiones y mostrando unas tasas de curación en monoterapia de un 60%^{2,5,8}. La cirugía en exclusiva es aceptable para lesiones pequeñas y localizadas.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

- Pastor FJ, Guarro J. *Alternaria* infections: Laboratory diagnosis and relevant clinical features. Clin Microbiol Infect. 2008;14:734–46.
- 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.
- Borsook ME. Skin infection due to *Alternaria tenuis*: With the report of a case. Can Med Assoc J. 1933;29:479–82.
- Kazory A, Ducloux D, Reboux G, Blanc D, Faivre B, Chalopin JM, et al. Cutaneous *Alternaria* infection in renal transplant recipients: A report of two cases with an unusual mode of transmission. Transpl Infect Dis. 2004;6:46–9.
- Lyke KE, Miller NS, Towne L, Merz WG. A case of cutaneous ulcerative alternariosis: Rare association with diabetes mellitus and unusual failure of itraconazole treatment. Clin Infect Dis. 2001;32:1178–87.
- Henn SL, Forrest GN. Febrile neutropenia associated with painful lesions of the palms and digits. Clin Infect Dis. 2006;43:791–2.
- Hsu CC, Chang SS, Lee PC, Chao SC. Cutaneous alternariosis in a renal transplant recipient: A case report and literature review. Asian J Surg. 2015;38:47–57.
- Leahy TR, Punnett AS, Richardson SE, Gharabaghi F, Wadhwa A. Molecular identification of phaeohyphomycosis due to *Alternaria infectoria* in a patient with acute myeloid leukemia—a case report. Diagn Microbiol Infect Dis. 2010;66:318–21.
- Hoog GS, Horr R. Molecular taxonomy of the *Alternaria* and *Ulocladium* species from humans and their identification in the routine laboratory. Mycoses. 2002;45:259–76.