



IMAGEN MICROBIOLÓGICA

Diagnóstico micológico de lesiones cutáneas en paciente oncológico

Mycological diagnosis of skin wounds in oncological patients

Susana Carnovale* y Gabriela López Daneri

Instituto de Microbiología y Parasitología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (IMPaM, UBA-CONICET). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Recibido el 1 de julio de 2013; aceptado el 29 de agosto de 2013

Paciente masculino de 52 años con antecedentes de carcinoma de colon de un año de evolución. Fue tratado quirúrgicamente y finalizó último ciclo de quimioterapia 6 meses antes. Es derivado al Centro de Micología de la UBA para un examen micológico de lesiones extendidas, eritematoescamosas, con bordes difusos y poco pruriginosas, en tronco y glúteos (fig. 1). Se obtienen escamas por raspado de los bordes de la lesión. En el estudio microscópico con solución de blanco de calcoflúor con KOH 10 % se observan, utilizando un microscopio de fluorescencia a 390-420 nm, abundantes filamentos fúngicos ramificados y tabicados compatibles con dermatofitos o con otros hongos filamentosos no dermatofitos (fig. 2). El cultivo en agar miel Sabouraud y agar Lactrimel fue negativo.

Las micosis superficiales son muy frecuentes y de distribución universal¹. Toda alteración del funcionamiento de la inmunidad mediada por células modifica la respuesta inflamatoria y la clínica de las micosis^{2,3}. En pacientes inmuno-comprometidos las lesiones son inespecíficas; en general son extensas, poco delimitadas y muy poco inflamatorias, a diferencia de las lesiones que se observan en los huéspedes inmunocompetentes. El agente causal no fue identificado por la falta de desarrollo en los medio de cultivos; en la literatura se documenta una frecuencia de aislamiento de



Figura 1 Lesiones eritematoescamosas (flecha), extendidas y de bordes difusos, en el tronco.

hongos dermatofitos de un 50 %, aproximadamente³. En estos pacientes es importante la sospecha clínica de micosis superficial, de modo que se indique la realización de estudios micológicos que incluyan microscopía y cultivo. Esta metodología permitiría llegar al diagnóstico de certeza y, en consecuencia, adoptar una conducta terapéutica apropiada.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: susacarnov@hotmail.com (S. Carnovale).

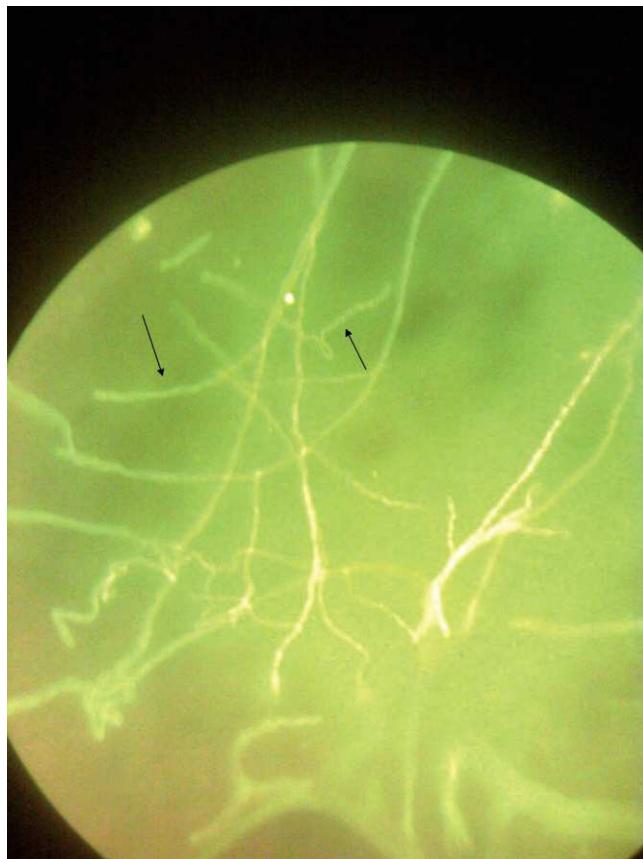


Figura 2 Abundantes filamentos tabicados y ramificados (flechas) con solución de blanco de calcoflúor, observados con 400X.

Bibliografía

1. Arenas R. Micosis superficiales. Micología médica ilustrada, 3.^a ed. México, Mc Graw-Hill Interamericana Editores, S.A., 2008. p. 61-94.
2. Budihardja D, Freund V, Mayser P. Widespread erosive tinea corporis by *Arthroderma benhamiae* in a renal transplant recipient: case report. *Mycoses*. 2010;53:530-2.
3. Relloso S, Arechavala A, Guelfand L, Maldonado I, Walker L, Agorio I, Reyes S, Giusiano G, Rojas F, Flores V, Capese P, Posse G, Nicola F, Tutzer S, Bianchi M. Onicomicosis: estudio multicéntrico clínico, epidemiológico y micológico. *Rev Iberoam Micol*. 2012; 29:157-63.