

Leuconiquia: pigmentación blanquecina de la lámina ungueal

Gaston Roustán^a, Rocío Martínez^b, Beatriz Orden^b y Rosario Millán^b

Servicios de ^aDermatología y ^bMicrobiología. Centro de Especialidades Argüelles. Área VI Madrid.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 45 años de edad, diagnosticado de mastocitosis cutánea desde el primer año de vida y de liquen plano erosivo de mucosas y hepatitis C crónica en el año 1990. Preciso tratamiento en los últimos años con corticoides orales, azatioprina, interferón y ribavirina. En la actualidad estaba en tratamiento con cloroquina.

Acudió a la consulta de Dermatología por notar la aparición, un mes antes, de una mácula blanquecina en la superficie de la uña del dedo gordo del pie derecho. La mancha se había extendido hasta afectar toda la superficie ungueal y era totalmente asintomática.

A la exploración se observaba una lámina ungueal blanco-amarillenta homogénea y de superficie lisa (fig. 1). No presentaba signos de paroniquia asociada.

Se procedió a la toma de una muestra para cultivo micológico. Al raspar la uña, la superficie ungueal se desnucó, arrastrándose la parte afectada de la uña hasta casi eliminarla (fig. 2). Se efectuó cultivo del material obtenido en agar glucosado de Sabouraud con y sin actidiona. En la placa sin actidiona crecieron colonias blancas algodonosas, mientras que en la placa con actidiona no hubo crecimiento. Se realizó subcultivo en agar glucosado con patata donde desarrolló una coloración violeta (fig. 3).

En la observación microscópica con azul de lactofenol por el método de la cinta adhesiva se apreciaron microconidias ovaladas y macroconidias multicelulares en forma de plátano.

Figura 1. La totalidad de la lámina ungueal del dedo gordo presenta una pigmentación blanco amarillenta.

Diagnóstico y evolución

El diagnóstico fue onicomycosis blanca superficial. El microorganismo causal se identificó como *Fusarium oxysporum*, siendo confirmado posteriormente por el servicio de Micología del Centro Nacional de Microbiología.

Se procedió al raspado completo de la superficie afectada de la uña y se instauró tratamiento con amorolfina tópica en laca de uñas una vez a la semana durante tres meses resolviéndose satisfactoriamente la lesión ungueal.

Figura 2. Aspecto de la uña tras raspado de la superficie.

Correspondencia: G. Roustán.
Plaza de España, 18; 26-7.
28008 Madrid.

Manuscrito recibido el 17-10-2000; aceptado el 19-12-2000.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2001; 19: 445-446

Figura 3. Colonias algodonosas de color violeta.

Comentario

Fusarium spp. es un género de hongos filamentosos e hialinos que pertenecen a la clase de los *Deuteromycetes*, siendo *F. moniliforme*, *F. oxysporum* y *F. solani* las especies que se aíslan con más frecuencia en el ser humano¹. Es un hongo saprofito del suelo y de distribución universal, que puede producir distintos tipos de infección. También está considerado un contaminante habitual en el laboratorio, por lo que ante su aislamiento en muestras no estériles se debe repetir el cultivo para su confirmación. En nuestro caso fue un cultivo puro y abundante y se repitió en dos ocasiones, obteniendo idéntico resultado. No se realizó examen directo.

Fusarium spp. es un hongo de crecimiento rápido en los medios de cultivo y es inhibido por la actidiona. El tipo de medio utilizado tiene mucha influencia sobre la morfología, la coloración de la colonia y la esporulación, siendo el agar glucosado con patata el medio donde mejor se observan sus características diferenciales. Crece en forma de colonias algodonosas de color blanco, salmón o violeta. Microscópicamente se observan hifas septadas hialinas con macroconidias bicelulares o multicelulares en forma de plátano y microconidias ovaladas unicelulares o bicelulares².

En el ser humano *Fusarium* spp. puede dar lugar a infecciones superficiales, localmente invasoras o diseminadas, encuadrándose dentro de las hialohifomicosis. Entre las superficiales las más características son la queratitis, la onicomycosis y la infección de heridas o úlceras cutáneas³. Otras veces puede ocasionar por invasión local de los tejidos inoculados endoftalmítis, osteomielítis, peritonítis, artritis séptica y abscesos cerebrales. Las infecciones diseminadas, de pronóstico grave, con aparición de lesiones cutáneas ulceronecróticas y forunculoides, tienen lugar en pacientes con inmunosupresión, habitualmente secundaria a tratamientos poliquimioterápicos o por enfermedades linfoproliferativas⁴.

La onicomycosis por *Fusarium* spp. es bastante inhabitual⁵. Afecta sobre todo a la uña del dedo gordo del pie. La patogenidad de *Fusarium* spp. está favorecida por factores locales como el traumatismo crónico, el uso de sandalias, andar descalzo y por la inmunosupresión. De las cuatro formas clínicas clásicas de onicomycosis (subungueal distal, subungueal proximal, blanca superficial, distrófica total)⁶, la más frecuente en las infecciones por *Fusarium* spp. es la onicomycosis subungueal proximal asociada a paroniquia. Más raramente desarrolla una onicomycosis subungueal distal y excepcionalmente se puede observar una onicomycosis blanca superficial⁷.

La onicomycosis blanca superficial es la forma clínica más rara de onicomycosis. Fue descrita por primera vez por Jessner en 1922⁸, recibiendo el nombre de leuconiquia tricofítica. Se caracteriza por manchas blancas en islotes individuales que suelen comenzar en la superficie dorsal de la lámina ungueal, con tendencia a confluir llegando a cubrir gran parte o la totalidad de la superficie de la uña. Las lesiones en su evolución adquieren un tono amarillento. La superficie ungueal, rugosa y friable puede desmigajarse, desprendiéndose fácilmente tras rascarla con un bisturí. Afecta casi siempre a las uñas de los pies, en especial a la del dedo gordo, y no se asocia con paroniquia ni otras alteraciones ungueales. Suele ser

asintomática y en ocasiones puede pasar desapercibida. Aunque están producidas casi en su totalidad por el *Trichophyton mentagrophytes*, en raras ocasiones el agente causal es un hongo micelial, sobre todo *Acremonium* spp.⁹. También se han identificado *Aspergillus terreus*, *F. solani* y *F. oxysporum*. Es muy importante su identificación correcta y tratamiento, ya que las onicomycosis por *Fusarium* spp., sobre todo en pacientes inmunodeprimidos como en este caso, pueden ser la puerta de entrada para la diseminación de la infección, potencialmente mortal, y la aparición de complicaciones graves: celulitis, necrosis y gangrena¹⁰.

El tratamiento de la onicomycosis blanca superficial por *Fusarium* spp. consiste en la eliminación de la superficie infectada mediante raspado y la aplicación posterior de un antifúngico tópico. Se han utilizado el tioconazol, el ciclopirox y la amorolfina con buenos resultados¹¹. Suele responder muy bien al tratamiento tópico, a diferencia de los otros tipos de onicomycosis, que suelen ser más resistentes a los antifúngicos habituales, tanto tópicos como orales.

En conclusión, presentamos una onicomycosis blanca superficial producida por *F. oxysporum*. Tanto la forma clínica de onicomycosis como el agente causal son raros de ver en la práctica clínica. En nuestro caso parece probable que la inmunosupresión haya favorecido el desarrollo de la onicomycosis. Es importante en estos pacientes la identificación y tratamiento correcto para evitar la diseminación de la infección y la aparición de complicaciones graves.

Agradecimientos:

Al Dr. Rodríguez Tudela y al servicio de Micología del Centro Nacional de Microbiología del Instituto Carlos III de Madrid.

Bibliografía

1. Del Palacio-Hernanz A, García Bravo M. Micosis producidas por *Fusarium*. En: Torres-Rodríguez JM, del Palacio-Hernanz A, Guarro-Artigas J, Negróni-Briz R, Pereiro-Minguens M, eds. Micología médica. Barcelona: Masson, 1993; 307-314.
2. Kennedy MJ, Sigler L. *Aspergillus*, *Fusarium* and other opportunistic moniliaceous fungi. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH, eds. Manual of Clinical Microbiology. Washington: ASM Press, 1995; 765-790.
3. Alegre M, Puig LL, Alonso C, Costa I, Moragas JM. Infección de herida quirúrgica por *Fusarium solani*. Actas Dermosifiliogr 1995; 86: 681-684.
4. Nelson PE, Dignani MC, Anaissie EJ. Taxonomy, biology and clinical aspects of *Fusarium* species. Clin Microbiol Rev 1994; 7: 479-504.
5. Vélez García-Nieto A, Linares Sicilia MJ, Fernández Roldán JC, Casal Román M. Onicomycosis (I): epidemiología, etiología y clínica. Actas Dermosifiliogr 1996; 87: 583-596.
6. Del Palacio-Hernanz A, García Bravo M. Onicomycosis. En: Torres-Rodríguez JM, Del Palacio-Hernanz A, Guarro-Artigas J, Negróni-Briz R, Pereiro-Minguens M, eds. Micología médica. Barcelona: Masson, 1993; 65-73.
7. Tosti A, Piraccini BM, Lorenzi S. Onychomycosis caused by nondermatophytic molds. Clinical features and response to treatment of 59 cases. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 217-224.
8. Jessner M. Über einer neue form von Nagelmykosen (Leukonychia trichophytica). Arch Dermatol Syph (Berlin) 1922; 141: 1-8.
9. Gupta AK, Summerbell RC. Combined distal and lateral subungual and white superficial onychomycosis in the toenails. J Am Acad Dermatol 1999; 41: 938-944.
10. Girmenia C, Arcese W, Micozzi A, Martino P, Bianco P, Morace G. Onychomycosis as a possible origin of disseminated *Fusarium solani* infection in a patient with severe aplastic anemia. CID 1992; 14: 1.167.
11. Hay RJ, Baran R, Haneke E. Fungal (onychomycosis) and other infections involving the nail apparatus. En: Baran R, Dawber RPR, eds. Diseases of the nails and their management. Oxford. Blackwell Scientific publications 1994; 2º ed: 97-134.