

# Foliculitis en paciente con enfermedad de Hodgkin

Margarita Garau<sup>a</sup>, María Teresa Relano<sup>b</sup>, Laura Molina<sup>a</sup> y Amalia del Palacio<sup>a</sup>

Servicios de Microbiología. <sup>a</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Clínica Puerta de Hierro. Madrid. España.

## Caso clínico

Paciente varón de 29 años diagnosticado previamente de enfermedad de Hodgkin, en estadio II-B, variedad esclerosis nodular. En enero de 2000 se inició tratamiento con radioterapia y 6 ciclos de ABDV (adriamicina, vinblastina, bleomicina y dacarbacina), obteniéndose la remisión completa. Al año y medio presentó una recidiva con afección pulmonar que requiere nuevo ingreso para comenzar con quimioterapia agresiva DEXA-BEAM (dexametasona, carmustina, melfalán, etopósido y citarabina) e intención de autotrasplante de médula ósea.

A la semana del ingreso comienza con un cuadro de exantema maculovesiculoso en tronco, hombros y espalda, no pruriginoso e indoloro, que evoluciona a una forma pustulosa con lesiones de 2-4 mm de diámetro (fig. 1). Se procedió a realizar una toma escarificando las lesiones foliculares y pustulosas. En el examen directo con la tinción de Cohen (KOH + tinta Parker a partes iguales) se encontraron abundantes levaduras esféricas y teñidas de color azul (fig. 2), estableciéndose el diagnóstico presuntivo de foliculitis por *Malassezia* spp.

Al día siguiente presentó un pico febril, momento en el que se instauró tratamiento con cefepime (2 g/8 h) e itraconazol (100 mg/12 h). Posteriormente aparece un nuevo pico de fiebre por lo que se añade vancomicina (1 g/12 h) a la pauta anterior. Coincidiendo con este cuadro el paciente presentó neutropenia intensa (130 neutrófilos), por lo que se inició también tratamiento con factor estimulante de colonias granulocíticas (G-CSF).

## Evolución

A los 9 días de incubación a 32 °C crecieron en el medio de Dixon-modificado<sup>1</sup> colonias cremosas de morfología umbilical, consistencia rugosa y textura friable (fig. 3), siendo negativos los cultivos en medio de Sabouraud-cloranfenicol con y sin actidiona. La visión microscópica de las colonias con el colorante de Cohen reveló la presencia de levaduras esféricas, con brotes originados a partir de una base estrecha, compatibles con *Malassezia globosa*. La confirmación de la identificación a nivel de especie se hizo siguiendo las pautas de Guillot y Guého: catalasa positiva, tests de asimilación de Tween 20, 40, 60 y 80 negativos, y ausencia de crecimiento a 37 °C. La urea fue positiva y la esculina negativa. Se



Figura 1. Exantema maculovesiculoso en tronco.

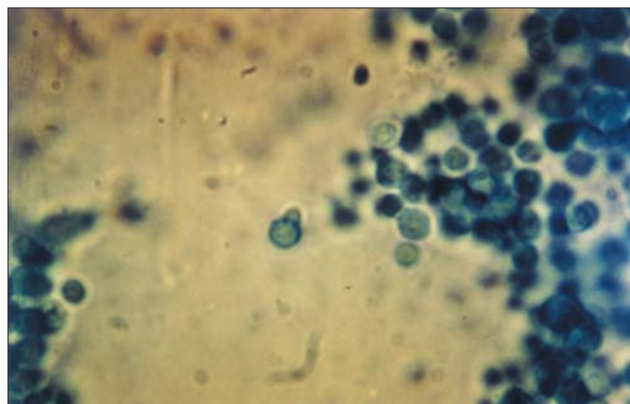


Figura 2. Examen directo: tinción de Cohen. Se observan levaduras esféricas teñidas de azul.

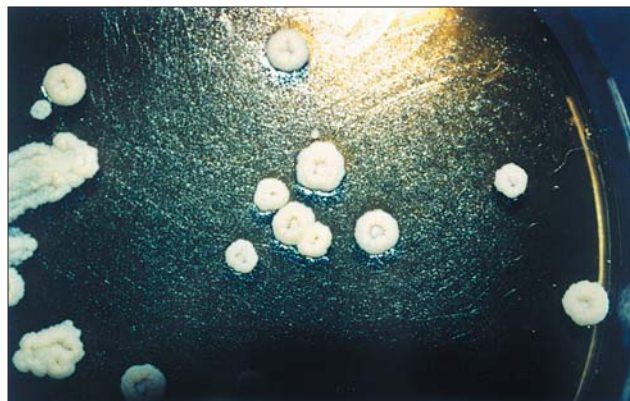


Figura 3. Cultivo en medio de Dixon-modificado. Nueve días de incubación a 32 °C. Aspecto macroscópico de las colonias.

Correspondencia: Dra. A. del Palacio.  
Servicio de Microbiología. Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Carretera de Andalucía, km 5,4. 28041 Madrid. España.  
Correo electrónico: apalacioh@hdc.insalud.es

Manuscrito recibido el 20-03-2002; aceptado el 19-06-2002.

estableció así el diagnóstico definitivo de foliculitis por *M. globosa*.

En el caso que se presenta el paciente respondió bien al tratamiento con itraconazol, y presentó una mejoría progresiva de las lesiones hasta la completa desaparición de las mismas a los 10 días de tratamiento.

## Comentario

El género *Malassezia* spp. comprende 7 especies de levaduras lipófilas que se encuadran dentro de la subdivisión *Basidiomycota*, clase *Ustilaginomycetes*<sup>2</sup>. *M. furfur* sensu estricto, *M. sympodialis*, *M. obtusa*, *M. globosa*, *M. restricta* y *M. slooffiae* presentan una absoluta dependencia de ácidos grasos de cadena larga (C<sub>12</sub>-C<sub>24</sub>) para su crecimiento<sup>1-3</sup>. *M. pachydermatis* es capaz de crecer en medios de laboratorio de rutina aunque la adición a los mismos de ácidos grasos favorece su crecimiento<sup>1-3</sup>.

*Malassezia* spp. forma parte de la flora saprofita cutánea de animales de sangre caliente y seres humanos. Existe sobre todo en las áreas cutáneas de mayor riqueza en glándulas sebáceas: cara, cuero cabelludo, tronco y espalda<sup>1-3</sup>.

*Malassezia* spp. está implicada en una variedad de enfermedades superficiales que incluyen pitiriasis versicolor, dermatitis seborreica y foliculitis<sup>4</sup>. *M. globosa*, en su fase micelial, es la especie predominante en la etiología de la pitiriasis versicolor, en la cual se aísla, aproximadamente, en el 97% de los casos, asociada con *M. sympodialis* en el 29% de ellos y *M. slooffiae* en el 7%<sup>5,6</sup>. En la dermatitis seborreica las especies más frecuentes son *M. restricta* (65%), *M. globosa* (55%) y *M. sympodialis* (35%)<sup>5</sup>. Revisada la bibliografía no se han encontrado referencias en que se establezca de forma fehaciente la identidad de la especie infectante de *Malassezia* en casos de foliculitis.

En el caso aquí descrito se cultivó *M. globosa* que, como se ha mencionado anteriormente es la especie predominante en la pitiriasis versicolor, aislándose también en un número considerable de casos de dermatitis seborreica<sup>5,6</sup>.

Clínicamente, la foliculitis por *Malassezia* spp. se caracteriza por la presencia de pequeñas pápulas y pústulas pruriginosas, de 2 a 4 mm de diámetro. Se localizan principalmente en espalda, tronco y parte superior de los brazos. También se pueden ver afectados el

cuello y, en raras ocasiones, la zona facial, y en enfermos inmunodeprimidos estas lesiones pueden diseminarse rápidamente<sup>7</sup>.

Entre los factores predisponentes de foliculitis por *Malassezia* spp. destacan la hiperhidrosis, oclusión local y distintas causas de inmunosupresión<sup>7,8</sup>.

El diagnóstico se debe apoyar en los hallazgos de la microscopia directa y el cultivo, en combinación con la histopatología y *exjuvantibus* por la respuesta al tratamiento antimicótico<sup>8</sup>. En el examen directo en el caso de foliculitis por *Malassezia* spp. se visualizan una gran cantidad de levaduras; sin embargo, el cultivo es más sensible y específico teniendo importancia epidemiológica pues permite la identificación de las especies<sup>2,3</sup>.

La foliculitis por *Malassezia* spp. se diferencia del acné juvenil por la existencia de prurito (aunque puede faltar en inmunocomprometidos, como en el caso aquí presentado), ausencia de cicatrices y comedones, distribución de las lesiones (afecta a la cara excepcionalmente), y por la edad de aparición<sup>7,8</sup>. En pacientes inmunocomprometidos es muy importante hacer el diagnóstico diferencial con las lesiones cutáneas por diseminación hematógena debidas a infecciones por *Candida* spp.<sup>7</sup>.

Las foliculitis por *Malassezia* spp. responden satisfactoriamente al tratamiento antifúngico (tópico o sistémico), mientras se mantiene éste, siendo frecuentes las recaídas al suspender el mismo<sup>7,8</sup>.

## Bibliografía

- Guillot J, Guého E, Lesourd M, Midgley G, Chévrier G, Dupont B. Identification of *Malassezia* species. A practical approach. J Mycol Med 1996;6: 103-10.
- Crespo-Erchiga V, Delgado-Florencio V. *Malassezia* species in skin diseases. Curr Opin Infect Dis 2002;15:133-42.
- Guého E, Midgley G, Guillot J. The genus *Malassezia* with description of four new species. Antonie van Leeuwenhoek 1996;69:337-55.
- Midgley G, Gueho E, Guillot J. Diseases caused by *Malassezia* species. En: Collier L, Balows A, Sussman M, editors. Topley and Wilson's Microbiology and microbial infections. Medical Mycology. Vol 4. London: Arnold 1998; 201-11.
- Crespo-Erchiga V, Ojeda-Martos A, Vera-Casaño A, Crespo-Erchiga A, Sanchez-Fajardo F. Aislamiento e identificación de *Malassezia* spp. en pitiriasis versicolor, dermatitis seborreica y piel sana. Rev Iberoam Micol 1999;16: S16-S21.
- Crespo-Erchiga V, Ojeda-Martos A, Vera-Casaño A, Crespo-Erchiga A, Sanchez-Fajardo F. *Malassezia globosa* as the causative agent of pityriasis versicolor. Br J Dermatol 2000;143:799-803.
- Klotz SA, Drutz DJ, Huppert M, Johnson JE. *Pityrosporum* folliculitis. Its potential for confusion with skin lesions of systemic candidiasis. Arch Intern Med 1982;142:2126-9.
- Gómez C, González A, Del Palacio A, Ortiz C, Yagüe R, Lizasoain M, et al. Exantema cutáneo en paciente con leucemia linfoblástica aguda. Enferm Infecc Microbiol Clin 1994;12:411-2.