



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Intertrigo inguinal: ¿infeccioso o inflamatorio?

Inguinal intertrigo: Infectious or inflammatory?

María Noemí da Ponte*, Rosalba Riveros, Belén Goiburú y Arnaldo Aldama

Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 59 años, empleada, procedente de San Lorenzo (Paraguay), sin patología de base. Acudió por cuadro de 2 años de evolución de prurito en la región inguinal bilateral, tratado en varias oportunidades con antifúngicos tópicos y sistémicos, y otras medicaciones tópicas que no supo precisar, sin mejoría.

En el examen físico se observaron placas de 10×3 cm y 9×2 cm, hiperpigmentadas, de aspecto liquenoide, con límites netos y bordes irregulares en la región inguinal bilateral. Se realizaron estudios complementarios en la primera consulta mediante iluminación con luz de Wood donde se observó una coloración rojiza en parches (fig. 1).

Evolución y tratamiento

Además de la iluminación con luz de Wood en la primera consulta, se enviaron muestras al laboratorio de microbiología para examen directo y cultivo de bacterias y hongos y al laboratorio de anatomía patológica dada la cronicidad de las lesiones y la coloración rojiza poco concluyente.

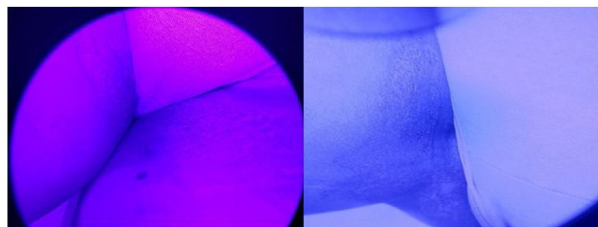


Figura 1. Iluminación con luz de Wood en el área inguinal bilateral. Se observan placas amarronadas con coloración rojiza en parches.

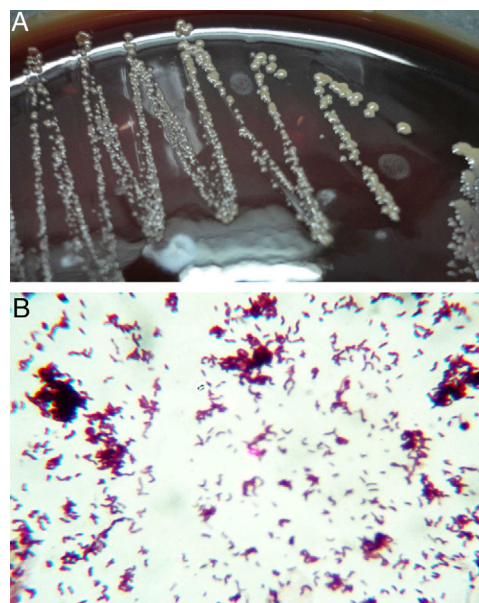


Figura 2. Tinción de Gram de las colonias en agar sangre (A). Se observan bacilos grampositivos con morfología de *Corynebacterium* spp. Colonias de *Corynebacterium minutissimum* en agar sangre de oveja (B).

El diagnóstico microbiológico se llevó a cabo a partir del frotis y cultivo de la lesión. El examen directo y el cultivo para hongos fueron negativos.

En el cultivo en agar sangre de oveja, incubado a 37°C durante 3 días, se observó crecimiento de colonias no hemolíticas, de color beige y de aspecto cremoso (fig. 2A). En la tinción de Gram de las colonias se observaron bacilos grampositivos con morfología de *Corynebacterium* spp. (fig. 2B).

La identificación de especie se realizó a partir de colonias crecidas 48 h mediante espectrometría de masas (MALDI-TOF. VITEK® MS) siguiendo las recomendaciones del fabricante. No se realizaron pruebas de sensibilidad a antimicrobianos por falta de recursos económicos de la paciente.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: dapontenoemi50@gmail.com, noemi.daponte@hotmail.com (M.N. da Ponte).

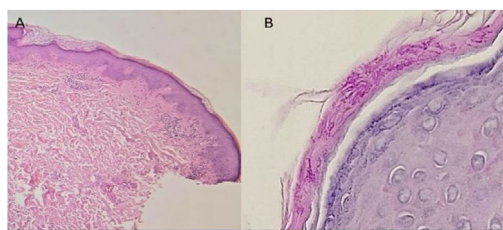


Figura 3. Anatomía patológica. Tinciones con hematoxilina y eosina (A) y con PAS (B). En la tinción con PAS se evidencian bacilos y filamentos morfológicamente compatibles con *Corynebacterium* spp.



Figura 4. Mejoría clínica del intertrigo inguinal tras el tratamiento con eritromicina.

En cuanto a los resultados de la anatomía patológica, mediante la tinción histoquímica con PAS se evidenciaron bacilos y filamentos morfológicamente compatibles con *Corynebacterium* spp., lo que sustentó el diagnóstico realizado previamente mediante cultivo (fig. 3).

La paciente recibió tratamiento con eritromicina tópica al 2% durante 3 semanas, con mejoría clínica (fig. 4).

El eritrasma está causado por *Corynebacterium minutissimum*, un microorganismo grampositivo, catalasa positiva y que no forma esporas. Esta bacteria causa enfermedades graves en pacientes inmunodeprimidos, tales como fístulas cutáneas, lesiones granulomatosas y abscesos subcutáneos. Los factores ambientales y del huésped que aumentan el riesgo de eritrasma son vivir en un ambiente húmedo, sudoración excesiva, diabetes, mala higiene, edad avanzada, trastornos cutáneos coexistentes y obesidad¹. En condiciones de humedad y oclusión, *C. minutissimum* crece en los niveles superiores del estrato córneo y produce una fluorescencia de color rojo coral en el examen con luz de Wood debido a

la coproporfirina III¹. El eritrasma se produce principalmente en sitios de pliegue como las áreas axilar e inguinal. También se puede encontrar en áreas intertriginosas de pies y como coinfección con *Candida albicans* o dermatofitos¹. Existen otras patologías que comparten el mismo sitio anatómico, como las patologías inflamatorias (dermatitis seborreica y psoriasis inversa) y otras infecciones como candidiasis, tiña versicolor y dermatofitosis².

El tratamiento tópico incluye el ácido fusídico, clindamicina o eritromicina. En el caso expuesto se optó por eritromicina tópica durante 3 semanas, con resolución del cuadro. El tratamiento oral está indicado en pacientes con extensas áreas afectadas de la piel. Las opciones de tratamiento oral son 1 g de claritromicina en una dosis única o 1 g de eritromicina (en dosis divididas) durante 14 días¹.

Debemos pensar en esta patología en pacientes tratados con antimicóticos, de larga evolución y con poca mejoría clínica o recalcitrantes, tal como se presentó en este caso.

Financiación

Este reporte de caso fue realizado mediante financiación propia.

Contribución de los autores

MdP, RR concibieron y diseñaron el estudio. MdP, BG y AA contribuyeron a la adquisición de datos y la interpretación. MdP escribió el manuscrito. Todos los autores contribuyeron a la discusión, revisión y aprobación del manuscrito final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Especial agradecimiento al Dr. José Pereira, la Dra. Juana Ortelado y la Dra. Graciela Lird por la colaboración con el caso clínico.

Bibliografía

1. Groves JB, Nasserredin A, Freeman AM. Erythrasma 2023 Aug 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing; 2023 Jan; 2023. PMID: 30020724.
2. Forouzan P, Cohen PR. Erythrasma revisited: diagnosis, differential diagnoses, and comprehensive review of treatment. Cureus. 2020;12:e10733. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.10733>.