

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesiones ulcerosas en dos extremidades y en la mucosa oral

Arnaldo B. Aldama Caballero y Victoria Rivelli

Hospital Nacional. Itaugua. Paraguay.



Figura 1. Úlcera en el dedo índice.

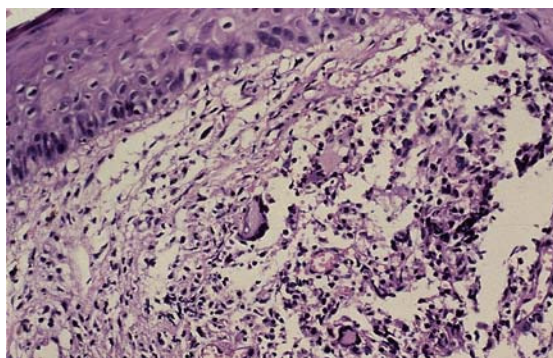


Figura 2. Histopatología (hematoxilina-eosina).

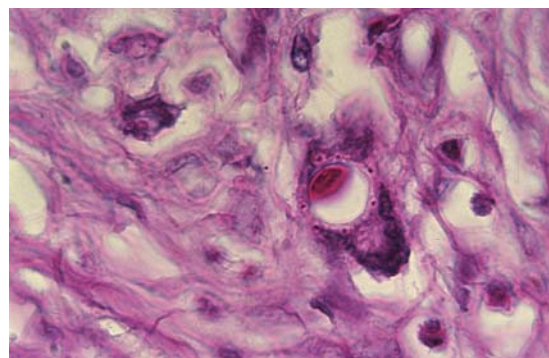


Figura 3. Histopatología. Aproximación (PAS-hematoxilina-eosina).

Varón de 55 años, de ocupación agricultor, procedente del área rural de la región oriental de Paraguay.

Consulta por una lesión en el dedo índice de la mano izquierda de 6 meses de evolución, de crecimiento progresivo. Fue tratado con medicamentos tópicos y comprimidos cuyos nombres no recuerda. Niega la presencia de lesión previa o de traumatismo en la zona. También refiere otra lesión en la pierna derecha que se inició simultáneamente con la anterior. No refiere otros antecedentes personales o familiares de interés.

Exploración

En el dedo índice de la mano izquierda se observa una lesión ulcerada de bordes netos y sobreelevados con fondo costroso y hemorrágico, localizada sobre la falange distal ocupando tres cuartas partes de la circunferencia del dedo. En el extremo proximal la lesión presenta

un aspecto verrucoso con puntos negros. La lesión afecta al lecho ungüeal y destruye la lámina ungüeal dejando un fragmento de aspecto engrosado y amarillento. Todo el dedo presenta un aspecto eritematoso, infiltrado, con exulceración (fig. 1).

En la cara posterior de la pierna derecha se observa una placa ulcerada con superficie costrosa de 5 cm de diámetro.

Una tercera lesión, no referida por el paciente, se observa en la cara interna del labio superior en forma de una placa exulcerada con finas granulaciones, que no deforma la boca y el paciente atribuye a un traumatismo por los dientes.

Exploraciones complementarias

El hemograma y las determinaciones bioquímicas en sangre fueron normales. La eritrosedimentación fue de 62 y 80 mm en la primera y la segunda horas.

La radiografía simple de tórax no mostró infiltrados. Se practicaron estudios microbiológicos y anatomopatológicos del exudado y una biopsia cutánea de todas las lesiones (figs. 2 y 3).

Correspondencia: Dr. A.B. Aldama.
Mayor Fleitas, 447. Asunción. Paraguay.
Correo electrónico: oddone@pol.com.py

DIAGNÓSTICO

Paracoccidioidomicosis.

COMENTARIO

El hallazgo de varias lesiones orienta el diagnóstico hacia una enfermedad sistémica, probablemente infecciosa. Los medios auxiliares confirmaron el diagnóstico de paracoccidioidomicosis. En efecto, en el examen micológico directo se visualizaron esporas micóticas en todas las lesiones y en la histopatología se observa hiperplasia pseudoepiteliomatosa de la epidermis y en la dermis un infiltrado granulomatoso constituido por células epitelioides, células gigantes multinucleadas tipo Langerhans, linfocitos, plasmocitos y neutrófilos formando abscesos. Se encuentra también en la dermis moderada cantidad de elementos fúngicos correspondientes a *Paracoccidioides brasiliensis*. Los hallazgos histológicos se repiten en todas las lesiones biopsiadas.

La vía habitual de contagio de esta micosis es la inhalatoria, con lesión pulmonar que a veces puede ser clínica y radiológicamente silente como en nuestro caso, y de ahí diseminarse a varios órganos, entre ellos la mucosa bucofaríngea (el 51 al 82% de los casos) y la piel¹⁻⁷.

Es frecuente la afección peribucal y perinasal por contigüidad, pero cualquier zona de la piel puede comprometerse; incluso se describe una paroniquia con caída de uña por esta micosis⁴. En nuestro caso, si bien puede plantearse una lesión primaria del dedo, la aparición concomitante de otras lesiones hace más viable la vía hematogena como mecanismo de lesión.

El tratamiento establecido fue itraconazol a la dosis de 200 mg/día durante 1 mes, seguido por 100 mg/día hasta completar 6 meses. Las lesiones se curaron y no se registró reactivación del cuadro hasta el momento.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se plantea con las siguientes enfermedades:

Leishmaniasis mucocutánea. Caracterizada por una primera etapa cutánea con úlcera de borde romo, sobre-elevado y violáceo, a veces múltiple, habitualmente en áreas expuestas. La segunda etapa o mucosa puede seguir inmediatamente a la cutánea, pero generalmente aparece de uno a 2 años después y las lesiones son ulcerovegetantes con granulaciones mamelonadas separadas por surcos profundos. Las diferencias clínicas y sobre todo los estudios laboratoriales nos permitieron descartar este diagnóstico⁸.

Tuberculosis. Si bien los pulmones son el sitio ordinario de lesión primaria y el principal órgano afectado, la tuberculosis puede dañar cualquier órgano, aparato o sistema, incluyendo la piel. La tuberculosis cutánea comprende una amplia variedad de mecanismos patogénicos y de alteraciones de la piel. La presencia simultánea de varias lesiones sugiere un mecanismo hematógeno, generalmente a partir de un foco pulmonar⁹. En

nuestro caso la normalidad de la placa de tórax y los estudios microbiológicos y anatomopatológicos alejaron esta posibilidad.

Histoplasmosis. Esta micosis sistémica produce una afección pulmonar primaria, que incluso puede ser asintomática, y una etapa secundaria de diseminación hematogena. En la etapa secundaria se compromete la mucosa bucofaríngea en el 75% de los casos produciendo ulceraciones y nódulos y en el 6% de los casos, la piel determinando lesiones polimorfas: pápulas, nódulos, úlceras, abscesos, celulitis y paniculitis. La lesión cutánea primaria es muy rara produciendo un chancro ulcerado, indoloro con adenopatía regional. El diagnóstico se confirma con la histología y el cultivo^{4,10}.

Coccidioidomicosis. Es otra micosis sistémica que produce en las formas diseminadas lesiones cutáneas de aspecto nodular, ulceroso, verrugoso o vegetante. En las formas de diseminación hematogena aguda puede haber pústulas, papulopústulas, nódulos y placas. Posteriormente produce cicatrices. La forma primaria cutánea es un chancro nodular ulcerado o verrugoso con adenopatía regional y es muchas veces un accidente de laboratorio. Los estudios micológico e histopatológico son fundamentales para el diagnóstico^{4,10}.

Considerando aisladamente la lesión más llamativa, la del dedo, que motivó la consulta, otras enfermedades que se debe descartar son:

Cromomicosis. Lesión verrugosa en relación con un traumatismo, que permite la penetración del hongo y que eventualmente puede ulcerarse comprometiendo a veces la uña si se ubica en el dedo¹⁰. La parte proximal de la lesión de nuestro paciente presenta un aspecto verrugoso, pero los exámenes descartaron esa posibilidad.

Esporotricosis. En la forma cutaneolinfática el chancro de inoculación es frecuente en los dedos pero suele ser seguido de las lesiones linfangíticas arrosariadas no observadas en este caso. En la forma fija predominan las placas infiltradas, verrugosas. En ambas formas no vemos tendencia a destrucción de la placa ungueal¹¹.

Micobacteriosis atípica. El granuloma de las piscinas se caracteriza por placas de superficie escamosa o nódulos inflamatorios de evolución tórpida relacionados con traumatismos¹².

Tuberculosis verrugosa cutis. Esta forma de tuberculosis de reinfección exógena es un diagnóstico que se debe considerar en los países endémicos de tuberculosis, en pacientes con lesiones verrucosas. La tuberculosis verrucosa *cutis* se observa en individuos con alto grado de inmunidad antituberculosa que se demuestra con la prueba de la tuberculina y explica el escaso nú-

mero de bacilos. La técnica de la reacción en cadena de la polimerasa es útil para orientar el diagnóstico^{6,9}.

Sífilis primaria. Excepcionalmente, el chancro luético puede ubicarse en el dedo. La lesión es ulcerosa pero autolimitada y el diagnóstico se confirma con el examen de campo oscuro y las pruebas serológicas⁶.

Entre las enfermedades neoplásicas se encuentran:

Carcinoma espinocelular. Del lecho, matriz, surcos y pliegues. La lesión no es rara y presenta tumefacción, eritema y dolor y puede producir atrofia, aflojamiento o pérdida de la uña con compromiso de la matriz¹³.

Melanoma maligno acral amelanótico. Los melanomas malignos que se originan en las manos, los pies y los dedos constituyen el 5% de todos los melanomas. Esta ubicación es más frecuente en los pacientes de raza negra y orientales. En 1886 Hutchinson describió el melanoma subungueal con el nombre de *panadizo melánico* como una lesión ulcerada con un borde negro carbón. El melanoma acral sigue siendo mal diagnosticado, sobre todo porque muchos de estos tumores son amelanóticos y tienen un aspecto de lesión inflamatoria que induce al error¹⁴⁻¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tocino Díaz A, Fernández Vosmediano JM, Marqués SA, Ometto Stolf H. Paracoccidioidomicosis. *Piel* 1999;14:349-58.
2. Carrana-Bravo T, Corrales, Sánchez JS, Corrales Sánchez JD, Ramírez Raya E. Paracoccidioides brasiliensis: avances recientes y perspectivas. *Piel* 1995;10:520-5.
3. Zaitz C. Paracoccidioidomycosis. In: Arenas R, Estrada R, editors. *Tropical dermatology*. Georgetown: Landes Bioscience, 2001; p. 92-8.
4. Arenas R. *Micología médica ilustrada*. México: Interamericana, Mc Graw-Hill, 1993.
5. Giménez M. Paracoccidioidomicosis. *Act Terap Dermatol* 1998;21:182-90.
6. Sampasio SAP, Rivitti E. *Dermatología*, São Paulo: Artes Médicas, 1998.
7. Ortiz Valiente R. Revisión de la paracoccidioidomicosis. *Anales FCM (Asunción-Paraguay)* 1997;30:59-78.
8. Sampaio RNR. Leishmanioses Parte A. Leishmaniose tegumentar americana ou cutaneo-mucosa. En: Diogenes MJN, Goncalves HS, Talhari S, Neves RF, editores. *Atlas de dermatopatología tropical*. Rio de Janeiro: Medsi, 2001; p. 43-51.
9. Aldama Caballero A, Correa J, Rivelli V, Aparicio R, Mendoza G, Montiel D, et al. Tuberculosis con importante compromiso cutáneo en una paciente embarazada. *Dermatología Rev Mex* 2001;45:198-201.
10. Lacaz C, Porto E, Costa Martins JE. *Micología Médica*. São Paulo: Sarvier, 1984.
11. Arenas R. Sporotrichosis. In: Arenas R, Estrada R, editors. *Tropical dermatology*. Georgetown: Landes Bioscience, 2001; p. 62-71.
12. Moreno Presmanes M, Vázquez Cobrero R. Casos para el diagnóstico. Placa hiperqueratósica en el quinto dedo de la mano. *Piel* 2000;15:335-7.
13. Dzubow L, Grossman D. Carcinoma de células escamosas y carcinoma verrugoso. En: Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Baker D, editores. *Cáncer de piel*. Buenos Aires: Panamericana, 1993; p. 91-101.
14. Harris MN, Roses DF. Melanoma maligno: tratamiento. En Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Baker D, editores. *Cáncer de piel*. Buenos Aires: Panamericana, 1993; p. 191-210.
15. Friedman RJ, Heilman ER, Gottlieb GF, Waldo ED, Regal DS. Melanoma maligno: correlaciones clinicopatológicas. En: Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Baker D, editores. *Cáncer de piel*. Buenos Aires: Panamericana, 1993; p. 163-190.