



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

En dermatología no solo tratamos con corticoides. Granuloma de Majocchi por *Trichophyton rubrum*

In dermatology we do not only treat with corticosteroids: Majocchi granuloma due to *Trichophyton rubrum*

J. González Fernández*, P. Soto Revuelta y P. Villagrasa Boli

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España



Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 63 años que acudió a urgencias por una lesión cutánea pruriginosa de 3 meses de evolución en el dorso del brazo izquierdo, que había ido aumentando de tamaño y era refractaria al tratamiento en oclusión con diferentes corticoides tópicos (clobetasol y betametasona). El paciente negaba tanto la posesión como el contacto con animales.

A la exploración física, presentaba en el dorso del antebrazo izquierdo una placa eritematosa y descamativa bien delimitada con los bordes más sobreelevados y, en el centro de la lesión, pústulas centradas sobre los folículos pilosos (fig. 1). No se acompañaba de otra clínica sistémica.

Se planteó el diagnóstico clínico de un granuloma de Majocchi, por lo que se tomó biopsia cutánea de una de las pústulas foliculares para el estudio histopatológico convencional y el cultivo de hongos. En la anatomía patológica se observó un folículo piloso roto con el tallo rodeado de un infiltrado neutrofílico y presencia de estructuras fúngicas. En el cultivo se aisló *Trichophyton rubrum*. Las analíticas

sanguíneas realizadas no mostraron alteraciones significativas, siendo las serologías de lúes, VIH y virus hepatotropos negativas.

Se instauró tratamiento con 250 mg de terbinafina por vía oral cada 24 horas durante dos meses, con resolución completa del cuadro.

Comentario

El granuloma de Majocchi es una infección fúngica del folículo piloso bien conocida pero poco frecuente, que suele presentarse en las extremidades inferiores de mujeres jóvenes, habitualmente de forma unilateral y con antecedentes de infecciones fúngicas a otro nivel¹, o en el contexto de pacientes con inmunodeficiencias primarias, secundarias o locales (como tras el empleo de corticoides tópicos en oclusión)². En ambos casos suele existir un antecedente traumático³ en la región afecta que, en ocasiones, puede ser difícilmente identificable por tratarse de algo banal y cotidiano, como el rasurado con cuchilla en un área previamente colonizada por *Trichophyton rubrum*, siendo este el patógeno más frecuentemente involucrado.

Para alcanzar el diagnóstico definitivo se realiza una biopsia de la lesión o bien se toman muestras para realizar un cultivo micológico. El diagnóstico diferencial se realiza con otras foliculitis bacterianas o por candidas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgonzalezf@salud.aragon.es
(J. González Fernández).



Figura 1 Placa eritemato-descamativa bien delimitada en el dorso del antebrazo izquierdo con bordes sobreelevados y, en el seno de la misma, pústulas centradas sobre folículos pilosos.

El tratamiento se realiza con antifúngicos orales durante 1 o 2 meses, como la terbinafina, la griseofulvina o el itraconazol⁴⁻⁶.

Lo característico de la imagen clínica, así como su presentación tras un tratamiento esteroideo empírico sin diagnóstico de sospecha claro, creemos que dan valor

formativo al caso para su reconocimiento y tratamiento en atención primaria.

Consideraciones éticas

Para el presente caso clínico se ha contado con el consentimiento del paciente, así como también se han seguido los protocolos del hospital sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Financiación

Este artículo no ha percibido ningún tipo de financiación procedente de entidades públicas ni privadas, así como tampoco comerciales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Moreno J, Sotillo Gago I. Tinea folicular y granulomatosa de las piernas. *Laboratorio (Granada)*. 1981;72:375-80.
2. Jacobs PH. Majocchi's granuloma (due to therapy with steroids and occlusion). *Cutis*. 1986;38:23.
3. Smith KJ, Neafie RC, Skelton HG 3rd, Barrett TL, Graham JH, Lupton GP. Majocchi's granuloma. *J Cutan Pathol*. 1991;18:28-35.
4. Gupta AK, Prussick R, Sibbald RG, Knowles SR. Terbinafine in the treatment of Majocchi's granuloma. *Int J Dermatol*. 1995;34:489.
5. Blank H, Smith JG Jr. Widespread *Trichophyton rubrum* granulomas treated with griseofulvin. *Arch Dermatol*. 1960;81:181-90.
6. Baker RL, Para MF. Successful use of ketoconazole for invasive cutaneous *Trichophyton rubrum* infection. *Arch Intern Med*. 1984;144:615-7.