

Intertrigo inguinal

Carmen Pazos, Carlos Zarco^a, Carmen García^a y Amalia del Palacio

Servicios de Microbiología y ^aDermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 56 años, con antecedentes personales de ser fumador y bebedor importante, que no refiere alergias medicamentosas conocidas ni realiza tratamiento farmacológico habitualmente.

Consulta por presentar una queratosis seborreica inguinal, que es tratada mediante crioterapia de forma ambulatoria.

Al explorar al enfermo se aprecian lesiones inguinales, a las que el paciente no había prestado atención y que refería presentar desde hacía aproximadamente 2 años, cursando de forma asintomática, sin progresión en el tiempo y sin que hubiese realizado tratamiento alguno por este motivo.

Ante la sospecha se realiza una toma de muestra y el examen directo de la misma.

Diagnóstico y evolución

A la exploración física del paciente se observan placas de tono pardusco levemente eritematosas, bilaterales, simétricas, muy bien delimitadas, cubiertas por una fina descamación furfurácea homogénea, sin datos de infiltración, localizadas en ambas zonas intertriginosas inguinales que se extienden hacia el escroto y muslos (fig. 1).

La observación con luz ultravioleta (luz de Wood) evidenció una intensa fluorescencia rojiza, por lo que se establece el diagnóstico de eritrasma.

Tras el raspado de la zona lesionada se obtiene material escamoso. El examen directo con KOH no mostró la existencia de elementos fúngicos (levaduras, dermatofitos, *Malassezia* spp.). La tinción de Kane¹ permite visualizar con objetivo de inmersión cocobacilos y largos filamentos (5-25 µm) teñidos intensamente de azul en el citoplasma de las células epiteliales y compatibles morfológicamente con *Corynebacterium minutissimum* (fig. 2).

El paciente está siendo tratado con clindamicina tópica en forma de emulsión, dos veces al día, con evolución favorable en el período de un mes.



Figura 1. Aspecto clínico de las lesiones inguinales.

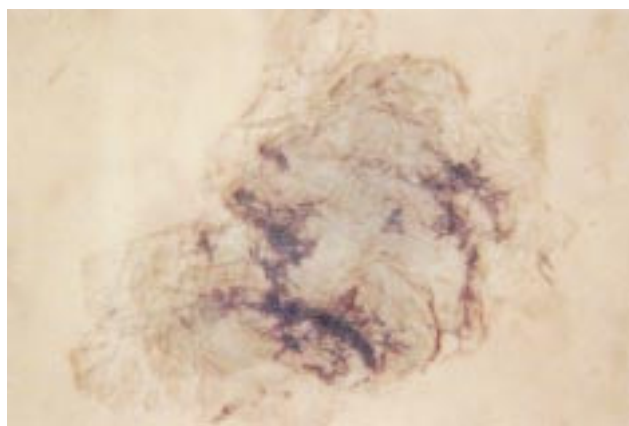


Figura 2. Tinción en fresco con colorante de Kane (x1.000).

Comentario

El eritrasma es una dermatitis infecciosa crónica, leve y localizada en el estrato más superficial de la epidermis (estrato córneo).

Fue descrita por Burchardt en 1859², acuñándose entonces el término eritrasma.

C. minutissimum, agente etiológico del eritrasma, es una bacteria grampositiva filamentosa difteromorfa³. Característicamente se tiñe en fresco intensamente de color azul con colorante de Kane¹.

Al ser un microorganismo saprofita de la piel, cuando existe un número escaso de unidades formadoras de colonias habitualmente no es posible detectarse por examen directo precisándose en esta situación el cultivo del mismo, que aporta una alta sensibilidad.

Correspondencia: Dra. A. del Palacio.
Servicio de Microbiología.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Carretera de Andalucía Km 5,2.
28041 Madrid.
Correo electrónico: apalacioh@hdoc.insalud.es

Manuscrito recibido el 29-1-2001; aceptado el 20-2-2001.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2001; 19: 497-498

Sin embargo, cuando *C. minutissimum* está ocasionando enfermedad (eritrasma) en el paciente, la presencia de este microorganismo es masiva en la piel, por lo que al existir un número muy elevado de bacterias el examen directo (Gram, PAS, tinción de Kane, etc.) permite visualizar gran cantidad de estos elementos bacterianos, no siendo imprescindible el cultivo de la muestra para establecer el diagnóstico de eritrasma.

Es, pues, la práctica habitual en todos los laboratorios de microbiología y micología que quede definida esta entidad clínica por medio de la visión directa de la muestra y la fluorescencia rojo coral con luz de Wood característica de las lesiones.

En cualquier caso, esta bacteria no tiene requerimientos especiales para ser cultivada, creciendo con facilidad en agar sangre a 35-37 °C con o sin atmósfera de CO₂, apareciendo colonias opacas, no hemolíticas, de 2-3 mm de diámetro con reacción positiva a la catalasa³.

El eritrasma es una dermatitis cosmopolita y su prevalencia es variable (4%-20%)⁴.

Es muy habitual la existencia de portadores asintomáticos de *C. minutissimum* en los espacios interdigitales de los pies, y hasta un 25% de estudiantes examinados en EE.UU. y en el Reino Unido resultan estar colonizados⁵.

Clínicamente las lesiones de eritrasma se diferencian de las lesiones originadas por dermatofitos porque en éstas existe un borde de mayor actividad con un crecimiento excéntrico y aclaramiento central y se posibilita el diagnóstico rápido con la visión directa: presencia de micelios artrosporados típicos de dermatofitos y la negatividad de la fluorescencia con luz de Wood.

La visión directa con colorante de Kane¹ también permite visualizar la existencia de levaduras y pseudomicelios fuertemente teñidos en azul (*Malassezia* spp.) en los casos de pitiriasis versicolor con formas clínicas numulares confluentes, aunque excepcionales en estas localizaciones.

Además, en estos casos, el estudio con luz de Wood muestra la existencia de fluorescencia con característico color verdoso.

La candidosis cutánea clínicamente se caracteriza por tener fisuración central y exudación con lesiones satélites y en la visión directa se observan levaduras y pseudomicelios.

Existen también otras dermatosis no infecciosas responsables de intertrigos inguinales, la mayoría de tipo psoriasis invertido o eczematosos. En estos casos básicamente se tiene que hacer diferenciación clínica puesto que el diagnóstico microbiológico no aporta nada a diferencia de las dermatofitosis, candidosis superficiales y formas confluentes de pitiriasis versicolor.

Es importante efectuar el diagnóstico de eritrasma porque exige la utilización de eritromicina⁶ (1 g por día durante cinco días) por vía oral en casos extensos o alternativamente la utilización de imidazólicos tópicos⁷⁻⁹ o eritromicina-clindamicina tópica.

Las recidivas postratamiento son ocasionales.

Bibliografía

1. Weitzman I, Kane J. Dermatophytes and agents of superficial mycoses. En: Balows A, ed. Manual of Clinical Microbiology, (5ª ed). ASM. 1991; 601-606.
2. Burchardt M, Bahrensprung V. De l'erythrasma (*Microsporum minutissimum*). Ann Rev Dermatol Syphil 1859; 4: 681-688.
3. Clarrigde JE, Spiegel LA. *Corynebacterium* and miscellaneous irregular gram-positive rods, *Erysipelothrix* and *Gardnerella*. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH, eds. Manual of Clinical Microbiology (6ª ed). Washington DC: ASM Press, 1995; 357-378.
4. Rippon JW. Other *Actinomycetous* infections. En: Rippon JW, ed. Medical Mycology, (3ª ed). Philadelphia: WB Saunders CO, 1988; 69-79.
5. Temple DE, Boardman CR. The incidence of erythrasma of the toe webs. Arch Dermatol 1962; 86: 518-519.
6. Sarkany I, Taplin D, Blank H. The etiology and treatment of erythrasma. J Invest 1961; 37: 283-290.
7. Leyden JJ. Progression of interdigital infections from simplex to complex. J Am Acad Dermatol 1993; 28: S7-S11.
8. Schlappner OLA, Rosenblum GA, Rowlen G, Phillips TM. Concomitant erythrasma and dermatophytosis of the groin. Br J Dermatol 1979; 100: 147-151.
9. Clayton VM, Connor BL. Comparison of clotrimazole cream, Whitfield's ointment and nystatin for the topical treatment of ringworm infection, pityriasis versicolor, erythrasma and candidiasis. Br J Dermatol 1973; 89: 297-302.
10. Kates SG, Myung KB, McGinley KJ. The antibacterial efficacy of econazole nitrate in interdigital toe web infections. J Am Acad Dermatol 1990; 22: 583-586.