



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

## Lesión pretibial izquierda fluctuante postraumática

### Post-traumatic fluctuant pretibial wound on the left leg

Miguel Ángel Morán Rodríguez<sup>a,\*</sup>, Leticia Alvarez Paredes<sup>b</sup>, Luis Miguel Buzón Martín<sup>a</sup> y Pablo Martínez Nuñez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

<sup>b</sup> Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

<sup>c</sup> Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España



#### Descripción clínica del caso

Se presenta el caso de un varón de 24 años de edad de origen español que no refiere antecedentes médicos ni epidemiológicos de interés salvo contacto con el medio rural. Consulta por lesión pre-tibial izquierda, eritematosa, fluctuante, caliente, dolorosa a la palpación y que exuda a la presión material seroso (fig. 1).

Tras anamnesis detallada, el paciente refiere que 2 semanas antes de la valoración sufre una caída con la bicicleta en un paraje de monte bajo y se hace una herida superficial sobre la zona afectada; que es tratada con amoxicilina-clavulánico a nivel ambulatorio. No se encuentran otras alteraciones en la exploración física y analítica (hemograma y PCR normal) del paciente y se toman biopsias de la lesión para estudio anatomopatológico y microbiológico. La serología luética y de VIH fueron negativas.

#### Evolución

Se procesan las muestras para cultivo bacteriano, fúngico y micobacteriano. Tras 2 días de incubación se observa crecimiento en ambas muestras de unas colonias blancas y cerasas en el agar sangre y chocolate (BioMérieux), y que en medio Sabouraud y Mycosel (BioMérieux), incubado a 37 °C, mostraban una superficie blanca con pliegues marcados y el reverso amarillento (fig. 2). En la tinción con azul de lactofenol se visualizan hifas septadas con cadenas largas de clamidioconidias (terminales o intercalares) que adoptan una disposición de «hilos con cuentas» a lo largo de la hifa (fig. 3). La identificación final de la cepa se realizó por secuenciación, tras amplificación de la región ITS-2 (espaciadora de transcripción interna-2), obteniéndose un porcentaje de similitud con secuencias de *Trichophyton verrucosum* del 100% (GenBank® LT594456.1).

En el análisis anatomo-patológico se observa un importante infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y



Figura 1. Detalle de lesión exudativa y costrosa.

polimorfonucleares neutrófilos que en algunas zonas forman abscesos, sin evidencia de estructuras fúngicas ni granulomas.

Tras el aislamiento microbiológico se establece el diagnóstico de infección cutánea profunda por *Trichophyton verrucosum* y se

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mihgy05@hotmail.com (M.Á. Morán Rodríguez).



Figura 2. Visión macroscópica de las colonias en medio Sabouraud.

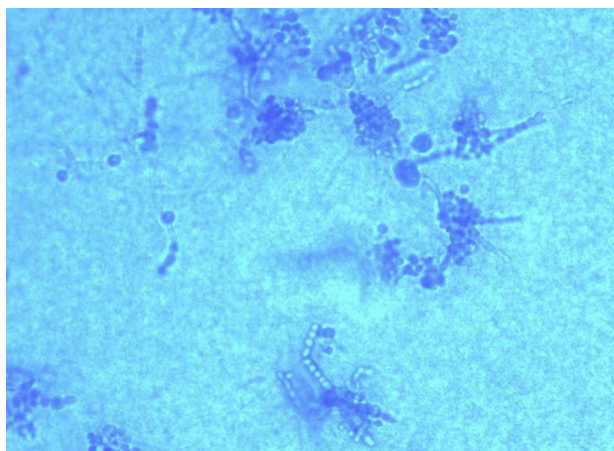


Figura 3. Visión microscópica tras tinción con azul de lactofenol.

inicia tratamiento con terbinafina 250 mg una vez al día durante 2 semanas con resolución completa de la lesión.

#### Comentario final

Las dermatofitosis son micosis producidas por la invasión, generalmente superficial, de estructuras cutáneas y anejos. Los agentes

causales son hongos filamentosos que parasitan la queratina, de los géneros *Trichophyton*, *Epidermophyton* y *Microsporum*.

La presentación clínica habitual es la tiña cuando la afectación cutánea se limita a la epidermis, pero también se han descrito casos en los que hay afectación de la dermis y tejido subcutáneo. Son los hongos del género *Trichophyton* los que muestran mayor capacidad de invasión, produciendo una entidad clínica denominada foliculitis fúngica, granuloma tricofítico o granuloma de Majocchi<sup>1,2</sup>. La etiología más frecuente es debida a *Trichophyton rubrum*<sup>3</sup>, aunque pueden verse implicados otro microorganismos del mismo género<sup>2,4</sup>. Los inmunocomprometidos son los pacientes usualmente más afectados, aunque también se ha descrito en inmunocompetentes.

El tratamiento se basa en regímenes con azoles (itraconazol el más utilizado) o terbinafina.

Se presenta el caso de un paciente inmunocompetente que tras inoculación traumática en zona montañosa con explotaciones de ganado vacuno (huésped principal de *T. verrucosum*) desarrolla un granuloma de Majocchi por *Trichophyton verrucosum*. La evolución del cuadro fue subagudo y de curso poco agresivo. La resolución completa de la lesión se consiguió tras el tratamiento con un esquema basado en terbinafina en pauta de 2 semanas, ya que se han descrito fracasos terapéuticos con itraconazol<sup>5</sup>.

#### Bibliografía

1. Majocchi D. Sopra una nuova trichofizia (granuloma tricofítico): Studi clinici e micologici. Bull R Acad Med Roma. 1883;9:220–3.
2. Smith KJ, Neafie RC, Skelton HG 3rd, Barrett TL, Graham JH, Lupton GP. Majocchi's granuloma. J Cutan Pathol. 1991;18:28.
3. Steiner UC, Trüeb RM, Schad K, Kamarashev J, Koch S, French LE, et al. *Trichophyton rubrum*-induced Majocchi's Granuloma in a heart transplant recipient. A therapeutic challenge. J Dermatol Case Rep. 2012;6:70–2.
4. Lyra MR, Muniz Álvarez B, Lanziano AL, Imbeth MAA, Sá AM, Cuzzi T, et al. Exfoliative erythroderma and palmoplantar hyperkeratosis associated with Majocchi's granuloma by *Trichophyton tonsurans* in a patient with AIDS. Rev Iberoam Micol. 2017;34:185–8.
5. Rallis E, Katoulis A, Rigopoulos D. Pubic Majocchi's Granuloma Unresponsive to Itraconazole Successfully Treated with Oral Terbinafine. Skin Appendage Disord. 2016;1:111–3.