

Granuloma tricofítico de Majocchi de localización inusual

Majocchi's granuloma of unusual location

Eduardo A. Figueroa,¹ Silvana A. López² y Susana Romano³

¹ Especialista universitario en dermatología, centro privado Asares, Tucumán

² Dermatóloga, docente UNT

³ Dermatóloga, exdocente UNT

RESUMEN

El granuloma de Majocchi es una infección fúngica poco frecuente de la dermis y el tejido celular subcutáneo. La causa más común es el *Trichophyton rubrum*. Presentamos el caso de un paciente de 18 años de edad, inmunocompetente con granuloma de Majocchi en el codo izquierdo, con excelente respuesta al tratamiento instaurado. Aunque en la mayoría de los reportes se describen en la cara anterior de las extremidades inferiores de mujeres jóvenes con antecedentes de algún trauma local, cada vez se están presentando más casos de localización atípica, como el que exponemos.

PALABRAS CLAVE: granuloma de Majocchi, atípico, *Trichophyton rubrum*.

ABSTRACT

Majocchi's granuloma is a rare fungal infection of the dermis and subcutaneous cellular tissue. Usually cause by *Trichophyton rubrum*. We report an 18-year-old immunocompetent male with Majocchi's granuloma in the left elbow. Although in most reports are described in the dorsal aspect of the lower extremities of young women with a history of local trauma, now days more cases of atypical location such as ours are being reported.

KEYWORDS: *Majocchi granuloma, atypical, Trichophyton rubrum.*

Introducción

El granuloma tricofítico de Majocchi (GM), también denominado granuloma dermatofítico o enfermedad de Wilson-Cremer, es una infección fúngica del folículo piloso que provoca foliculitis exudativa con una respuesta dérmica granulomatosa.¹⁻³ Es una entidad poco frecuente que suele afectar principalmente a mujeres de edad media.⁴

Presentamos el caso de un varón de 18 años, quien acudió a consulta por una lesión en el codo izquierdo, de meses de evolución, con diagnóstico final de granuloma de Majocchi.

Caso clínico

Paciente de 18 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, estudiante, nadador, acudió a consulta por una placa levemente pruriginosa en el codo izquierdo, de cinco meses de evolución. Como antecedentes mencionó traumatismo en la región afectada mientras nada-

ba. Había recibido numerosos tratamientos, sin respuesta clínica favorable. En el examen físico presentaba una placa eritemato-parduzca, de bordes netos, de 6 x 8 cm de diámetro, con una lesión nodular cubierta en algunas zonas por escamas y escasas pústulas (figura 1). El resto de la exploración física se encontró normal. Se solicitó analítica, la cual mostró valores dentro de la normalidad. Las serologías para hepatitis B, C y VIH fueron negativas. El bacteriológico directo y cultivo evidenció *S. epidermidis*. Se realizó biopsia para estudio histopatológico que informó: reacción inflamatoria crónica, formación de granuloma con células gigantes tipo cuerpo extraño y presencia de esporas e hifas en el interior del folículo piloso (figura 2). En el cultivo micológico se obtuvo desarrollo de *Trichophyton rubrum*. Se inició tratamiento con itraconazol 400 mg/día en dosis pulso (tres ciclos) y ciclopiroxolamina tópica diaria. Al finalizar el tratamiento se obtuvo la resolución completa (figura 3).

CORRESPONDENCIA

Dr. Eduardo Figueroa ■ edufi2003@yahoo.com.ar ■ Teléfono: (0381) 1 5685 7431
San Juan núm. 242, piso 2, depto. C, Tucumán, Argentina



Figura 1. Tiña tricofítica.

Comentarios

El granuloma de Majocchi lo describió por primera vez en 1883 el italiano Domenico Majocchi.¹⁵ Posteriormente, Sabraud afirmó que la ruptura del absceso folicular pa-

rasitado permitía la entrada y diseminación de los hongos en la dermis.¹ En 1954, Wilson describió la “perifoliculitis nodular granulomatosa” causada por *Trichophyton rubrum* en piernas de mujeres que se depilaban con máquina de rasurar, hoy se considera la misma entidad.³

Aunque es un cuadro bien conocido en la actualidad, es muy poco común y se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y 35 años de edad.⁶ Su origen se ha relacionado con una infección previa por dermatofitos en el mismo huésped (*tinea pedis* u onicomicosis), con la exposición a animales o humanos infectados y con condiciones de inmunosupresión locales o generales.⁷ Si bien se puede localizar en cualquier zona del tegumento, el estudio realizado por Ohn y colaboradores⁸ determinó que en los niños la ubicación más común es en la cabeza y el cuello (85,7%), y en los adultos y ancianos es en las extremidades inferiores (66,70%) y superiores (60%). Otros reportes coinciden con estos hallazgos y establecen que en este último rango etario se presenta raramente en el tronco y la cara.⁹

El agente etiológico más frecuente es el *Trichophyton rubrum*, seguido del *T. mentagrophytes*, *T. violaceum* y *T. tonsurans*. Otros hongos dermatofíticos como *T. interdigitale*, *Microsporium canis*, *Nannizzia gypsea* y *Epidermophyton floccosum* también pueden causar GM.¹⁰

Es importante destacar que el origen de la infección puede estar en el propio paciente, y que la alteración del potencial patogénico depende de factores locales y sistémicos.⁹ Los pacientes inmunosuprimidos corren un ma-

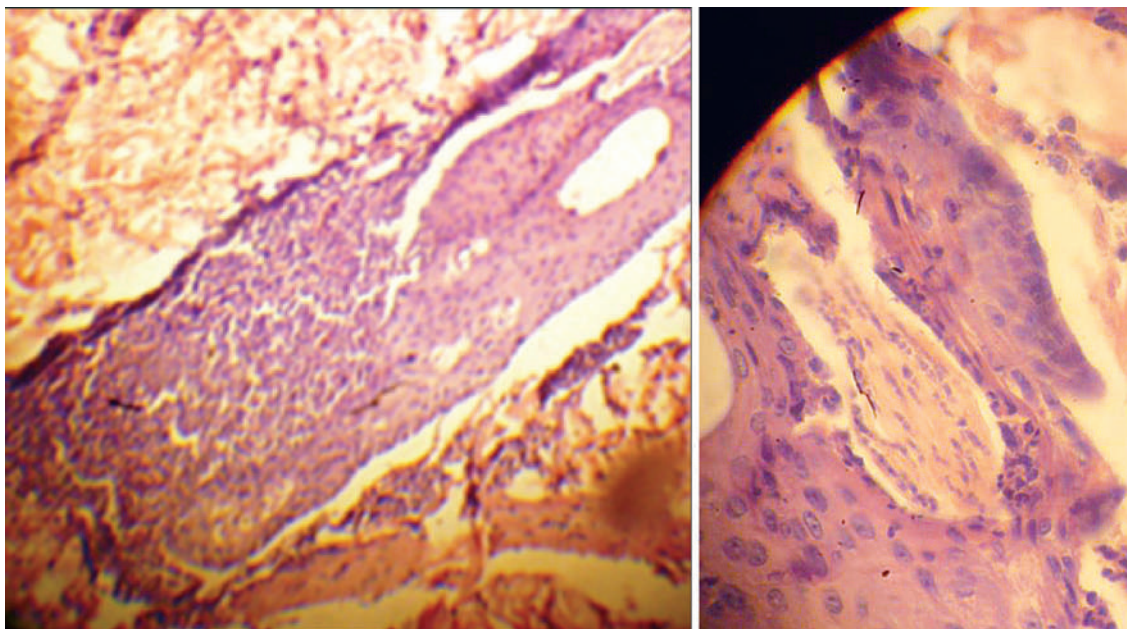


Figura 2. Biopsia con granuloma en la dermis superficial y pelo parasitado (H+E 40x).

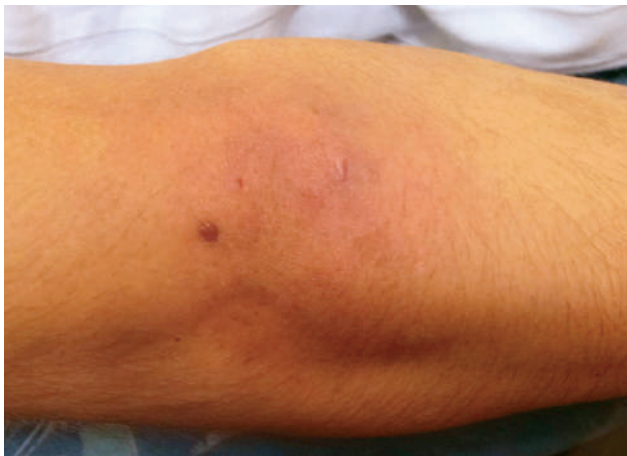


Figura 3. Tiña después del tratamiento.

yor riesgo, en especial aquéllos con cuadros que producen un déficit de linfocitos T, como enfermos en tratamiento inmunosupresor para leucemias, linfomas, luego de un trasplante de órgano, enfermedades autoinmunes y pacientes con SIDA.¹¹ Igualmente puede ocurrir en pacientes inmunocompetentes, para ello es necesario algún trauma local que rompa el folículo para que el hongo penetre en la dermis.^{12,13} En los últimos años también se han reportado procedimientos cosméticos, principalmente inyecciones de relleno con ácido hialurónico, como factor desencadenante.¹⁴

Existen dos formas clínicas: una folicular, generalmente relacionada con el uso prolongado de corticoides tópicos, caracterizada por pápulas eritematovioláceas perifoliculares que pueden confluir formando placas; y la forma subcutánea, en pacientes inmunocomprometidos, caracterizada por nódulos más profundos, reacción inflamatoria e incluso *abscesificación*.^{13,15}

En cuanto al diagnóstico, el examen de KOH es insuficiente para distinguir una dermatofitosis superficial del GM, debido a que es necesario demostrar histológicamente la infiltración granulomatosa perifolicular, aunque es esencial la identificación del agente causal mediante cultivo.¹⁶

Los diagnósticos diferenciales incluyen infecciones por micobacterias, infecciones fúngicas profundas, toxoplasmosis diseminada y leishmaniasis; los nódulos dolorosos se parecen al eritema nodoso y al eritema indurado de Bazin.¹⁷

De acuerdo con los tratamientos recomendados en la literatura más reciente, la terbinafina en dosis de 250-500 mg/día es la mejor opción terapéutica, indicada de uno a seis meses o hasta la curación completa clínica y micológica. Otras opciones incluyen itraconazol, voriconazol y

posaconazol. La griseofulvina es de elección en niños con dosis de 10-20 mg/kg/día.¹⁸

Conclusiones

Comunicamos este caso porque demuestra una localización atípica del GM en el codo de un huésped inmunocompetente con antecedentes de tratamiento tópico con corticoides durante tiempo prolongado, quien luego del diagnóstico correcto tuvo una excelente respuesta con el uso de itraconazol en dosis pulsos en tres ciclos y ciclopiroxolamina tópica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Bonifaz A, Tirado-Sánchez A y Ponce MR, Granuloma de Majocchi, *Gac Méd Méx* 2008; 144(5):427-33.
- Marco Campos S, Pariente Martín M, Sequí Canet JM *et al*, Granuloma de Majocchi, *An Pediatr* (Barcelona) 2019; 91(4):274-5.
- Clemente-Ruiz de Almirón A, Serrano Falcón C, Serrano Falcón M *et al*, Granuloma de Majocchi de presentación como tiña incógnito, *Med Cutan Iber Lat Am* 2009; 37(4):193-6.
- González Y, López AM, Wilburn G y Escudero M, Granuloma de Majocchi. A propósito de un caso en atención primaria, *Semergen* 2016; 42(8):599-600.
- Soligo Kanaan IC, Kawa Kac B, Mosca de Cerqueira AM *et al*, Majocchi's granuloma. Case report, *An Bras Dermatol* 2015; 90(2):251-3.
- Del Río R, Rodríguez M, Comunión A *et al*, Folliculitis por *Trichophyton rubrum* (granuloma de Majocchi), *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92:409-11.
- Zheng Y, Li Y, Chen MY *et al*, Majocchi's granuloma on the forearm caused by *Trichophyton tonsurans* in an immunocompetent patient, *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 2020; 19:39-42.
- Ohn J, Jo G y Mun JH, The influence of immune status, age, and sex on Majocchi granuloma: a review of 52 cases from a tertiary level hospital and published Korean cases in literature, *Int J Dermatol* 2017; 56(11):1139-45.
- Chang P, Granuloma dermatofítico. Presentación de 12 casos, *Piel* 2001; 16:175-9.
- Zhao Y, Gan M, Su H *et al*, Majocchi's granuloma: autoinoculation and adaption of *Trichophyton rubrum* with molecular evidence, *Mycoses* 2021; 64:1272-78.
- Liu C, Landeck L, Cai SQ *et al*, Majocchi's granuloma over the face, *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2012; 78(1):113-4.
- Smith KJ, Neafie RC, Skeleton III HG *et al*, Majocchi's granuloma, *J Cutan Pathol* 1991; 18:28-35.
- Parmar NV, Asir GJ y Rudramurthy SM, Images in clinical tropical medicine atypical presentation of Majocchi's granuloma in an immunocompetent host, *Am J Trop Med Hyg* 2017; 96(1): 1-2.
- Liu J, Xin WQ, Hu XP *et al*, Majocchi's granuloma caused by *Trichophyton rubrum* after facial injection with hyaluronic acid: a case report, *World J Clin Cases* 2020; 8(17):3853-8.
- Echevarría C y Navarro P, Infección atípica por *Trichophyton rubrum* en un paciente inmunocomprometido, *Folia Dermatol* 1998; 9:40-2.
- Del Río Reyes R, Rodríguez Vázquez M, Comunión Artieda A *et al*, Folliculitis por *Trichophyton rubrum* (granuloma de Majocchi), *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92:409-11.
- Castellanos J, Guillén Florez A, Bonifaz A *et al*, Unusual inflammatory tinea infections: Majocchi's granuloma and deep/systemic dermatophytosis, *J Fungi* 2021; 7(11):929.
- Bonifaz A, Tirado-Sánchez A, Mercadillo P *et al*, Treatment of Majocchi granuloma. A retrospective study of 36 cases, *J Dermatol Treat* 2021; 32: 264-5.