

Onicomicosis por *Scedosporium apiospermum* con buena respuesta a terbinafina

Onichomycose by scedosporium apiospermum. Good response to terbinafine

Carolina Pereda Carrasco*, Vicente Alonso Usero*, María Ángeles Revert Fernández*,
Óscar Fraile Santos**, Carmen Ruiz Doménech*, Esperanza Jordá Cuevas*

*Servicio de Dermatología. **Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Correspondencia:

Servicio de Dermatología
Hospital Clínico Universitario de Valencia
Av. Blasco Ibáñez, 17
46010 Valencia. España
Teléfono-fax: 963862646
e-mail: carolinaperedacarrasco@yahoo.es

Resumen

En los últimos años, estamos asistiendo a un aumento de patógenos fúngicos; sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, que hasta hace poco eran infrecuentes. Entre los nuevos patógenos se encuentra el *Scedosporium apiospermum*. Estos hongos plantean el problema de su resistencia a los antifúngicos y de la poca correlación que existe entre las sensibilidades *in vitro* e *in vivo*. Describimos el caso de un varón inmunocompetente, con una onicomicosis por dicho hongo y buena respuesta a Terbinafina.

(Pereda Carrasco C, Alonso Usero V, Revert Fernández MºA, Fraile Santos O, Ruiz Doménech C, Jordá Cuevas E. Onicomicosis por *Scedosporium apiospermum* con buena respuesta a terbinafina. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007;35:236-238)

Palabras clave: onicomicosis, *Scedosporium apiospermum*, tratamiento.

Summary

*In the last years, we have observed an increase of pathogenic fungi, overcoat in inmunocompromised patients, that until now were quite unusual. *Scedosporium apiospermum* is one of those new pathogens. Those yeast present resistance to antifungal agents and poor relation between sensitization *in vitro* and *in vivo*. An inmunocompetent man with onichomycosis by *s. apiospermum* with good respons to terbinafine is reported.*

Key words: onichomycosis, *Scedosporium apiospermum*, treatment.

Los patógenos más frecuentemente involucrados en la tiña ungueal son el *T. Rubrum*, *T. mentagrophytes* y *E. floccum*[1] mientras que las infecciones fúngicas invasivas más frecuentes están producidas por *Cándida* y *Aspergillus*[2]. No obstante, se está observando un aumento de la frecuencia de infecciones fúngicas invasivas por otros grupos de hongos, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. Dentro de estos nuevos patógenos emergentes, tenemos: hongos hialinos (*Fusarium*, *Scedosporium*), zigomicetos (*Mucor* y *Rhizopus*) y hongos pigmentados (*phaeohyphomycosis*)[2]. *Scedosporium* es un hongo filamentoso que comprende dos especies: *apiospermum* e *inflatum*. El *Scedosporium apios-*

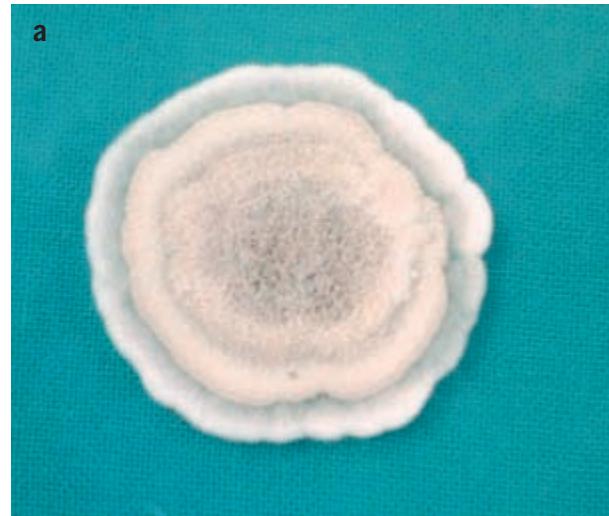
permum es la forma anamorfa o asexuada de *Pseudallescheria boydii*.

Caso clínico

Varón de 68 años, sin antecedentes patológicos de interés, aficionado a la jardinería, que nos consultó por patología ungueal. Desde hacía aproximadamente un año, presentaba una distrofia ungueal amarillo-parduzca, con onicólisis distal de la totalidad de las uñas de las manos, excepto, el 2º y el 5º de la mano izquierda (Figura 1) y de los dos primeros dedos de ambos pies (en los pies, la afectación era leve y



Figura 1. Onicomicosis de varios dedos de las manos.



muy distal). Ante este cuadro, el diagnóstico diferencial lo establecimos entre onicomicosis y psoriasis. Solicitamos un cultivo microbiológico e iniciamos de forma empírica, en espera del resultado del cultivo, tratamiento con Terbinafina 250 mg/día durante 5 meses.

El cultivo se realizó en placa de Saboureaud más cloranfenicol a 30° y a las dos semanas crecieron unas colonias que, macro (Figuras 2A y 2B) y microscópicamente, correspondían a *Scedosporium apiospermum*. No se realizó antifungígrama dado que se trataba de un primer episodio de onicomicosis.

Cuando recibimos el resultado microbiológico, a pesar de que en la literatura no se recomienda tratamiento con Terbinafina para el *Scedosporium apiospermum*, decidimos completar el tratamiento con este antifúngico dada la buena respuesta presentada por nuestro paciente.

A los 5, 6 y 10 meses del inicio del tratamiento, no se apreciaban lesiones clínicas de onicomicosis.

Comentario

El *Scedosporium apiospermum* se encuentra en la tierra, playas, aguas residuales, restos orgánicos, deyecciones de ganado y aves. Las vías de contagio son la respiratoria o la percutánea. Todo esto justifica que la afectación mucocutánea sea más frecuente entre varones, de 20 a 40 años, granjeros, personas que tienen antecedentes traumáticos con contaminación de tierra, así como, neumopatías y abscesos cerebrales en pacientes con antecedente de inmersión en aguas contaminadas.

Suele afectar, sobre todo, a inmunocomprometidos pero también se ha descrito algún caso en inmunocompetentes.

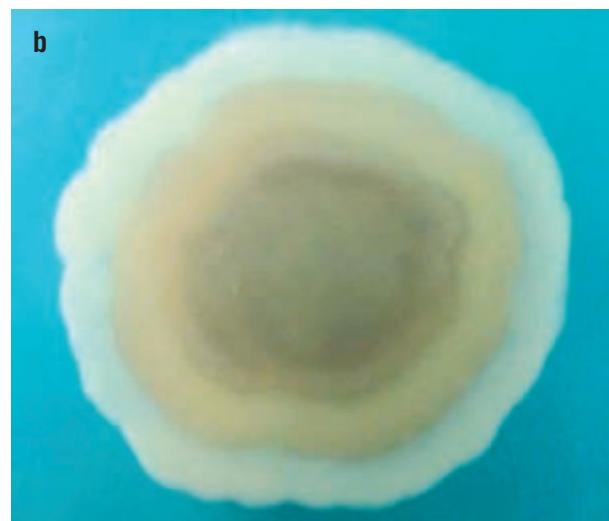


Figura 2. Cultivo positivo para *scedosporium apiospermum*.

La infección por este hongo recuerda a la producida por *Aspergillus*. Las localizaciones más frecuentes son [3-8]: piel y tejido celular subcutáneo (micetoma, púrpura bullo-necrótica, nódulos de aspecto esporotricoideos, úlceras, erupción foliculitis-like), pulmón (fungoma, neumonía, enfermedad pulmonar invasiva) y SNC (abscesos, meningitis). Otras localizaciones son: ORL (sinusitis, otitis), osteoarticular, ocular (queratitis, endoftalmitis), endocarditis, infección diseminada...

El tratamiento [2, 6, 8, 9] es quirúrgico mediante drenaje, antifúngicos, termoterapia [7] y sistemas de vacío [8].

El problema que plantea este hongo es su resistencia a gran número de antifúngicos y el que no existe correlación

entre la sensibilidad *in vitro* e *in vivo*[3, 8]. *In vitro*, suele ser resistente a la anfotericina B y a la flucitosina[9]. Los estudios apuntan a que los mejores antifúngicos son los azoles: miconazol, ketoconazol y últimamente se están obteniendo buenos resultados con el voriconazol[9]. Existen datos contradictorios sobre el Itraconazol[2].

Conclusión

El interés de nuestro caso radica en que es la primera vez que se describe una onicomicosis por *Scedosporium*

apiospermum (sobre todo en un paciente inmunocompetente) y su buena respuesta a la Terbinafina. Se deberá seguir estudiando la sensibilidad de estos hongos emergentes para poder entender la discrepancia entre las sensibilidades *in vivo* e *in vitro* y enfocar más los estudios en los resultados *in vivo*, sobre todo en los casos como el nuestro en los que la infección del hongo no compromete la vida del paciente. En algún artículo se ha intentado dar alguna explicación a esta discrepancia, como podría ser: la localización de la infección y el estado inmunológico del paciente[7].

Bibliografía

1. Bolognia JL, Jorizzo JL, Papini RP. Vol 1. 1183.
2. New options for the treatment of invasive fungal infections. *Sem Oncol Online* 2004;4:31-2
3. Scedosporiose cutanée révélée par une purpura bullo-nécrotique. Lemerle E, Bastien M, Demolliers-Dreux G, Forest JL, Boyer E, Chabasse D, Célérier P. *Ann Dermatol Venereol* Vol 125. Nº 10. 711-712.
4. Localized skin infection due to *Scedosporium apiospermum*: report of two cases. *Br J Dermatol* 1999;141:605-606.
5. *Scedosporium apiospermum* skin infection: a case report and review of the literature. Miyamoto T, Sasaoka R, Kawaguchi M, Ishioka S, Inoue T, Yamada N, Mihara M, Tsuyama, Matsue, Yonago, Japan. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:498-500.
6. Lesiones nodulares en retropie en un paciente con trasplante renal. Montero LA, Cid A, Fernández CM, Calzada JM. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2004;22:551-2.
7. Lymphocutaneous infection due to *Scedosporium apiospermum*. Kusuhiro M, Hachisuka H. *Int J Derm*:1997;36:684-688.
8. Successful treatment due to vacuum seal technique of a severe *Scedosporium apiospermum* skin infection in a renal recipient. Reinmann D, Büssemaker E, Gross P. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:245-248.
9. Susceptibility of *Pseudallescheria boydii* and *Scedosporium apiospermum* to New Antifungal Agents. Jingsi Zeng, Katsuhiko Kamei, Yuecheng Zheng, Kazuko Nishimura. *Jpn J Med Mycol* 2004;45:101-104.