

# Granuloma de Majocchi de presentación como tiña incógnito

*Majocchi's granuloma showing as tinea incognita*

A. Clemente-Ruiz de Almirón<sup>1</sup>, C. Serrano Falcón<sup>1</sup>, M<sup>a</sup>M Serrano Falcón<sup>2</sup>, P. Burkhardt Pérez<sup>1</sup>, R. Naranjo Sintés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología. <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

## Correspondencia:

A. Clemente-Ruiz de Almirón  
Servicio de Dermatología  
Hospital Clínico San Cecilio.  
Avda. Dr. Oloriz, 16  
18012 Granada. España  
e-mail: acra@meditex.es

## Resumen

El granuloma de Majocchi es una dermatofitosis bien conocida, aunque infrecuente, generalmente causada por especies de *Trichophyton*. Presentamos el caso de un varón de 56 años que consultó por una placa en antebrazo de tres años de evolución, asintomática, de crecimiento progresivo. En este tiempo le habían realizado dos biopsias sin llegar a un diagnóstico y había sido tratado con clobetasol tópico sin ninguna mejoría. Con la sospecha de una tiña incógnito se le practicó una nueva biopsia, se tomaron muestras para cultivo y se inició tratamiento con griseofulvina oral con resolución completa del cuadro a las seis semanas. El diagnóstico histológico fue de granuloma de Majocchi y el cultivo demostró *Trichophyton verrucosum*. Aunque la mayoría de los casos de granuloma de Majocchi se han descrito en piernas de mujeres de edad media con antecedente de algún trauma local, cada vez se están comunicando más casos de presentación atípica, como el nuestro, y es muy frecuente verlos enmascarados como una tiña incógnita por la aplicación previa de corticoides.

(A. Clemente-Ruiz de Almirón, C. Serrano Falcón, M<sup>a</sup>M Serrano Falcón, P. Burkhardt Pérez, R. Naranjo Sintés. Granuloma de Majocchi de presentación como tiña incógnito. Med Cutan Iber Lat Am 2009;37(4):193-196)

**Palabras clave:** granuloma dermatofítico, *trichophyton verrucosum*, granuloma de majocchi.

## Summary

*Majocchi's granuloma is a rare but well known dermatophytosis, usually caused by Trichophyton species. We report a case of a 56-year-old man who had a 3-year-evolution plaque in his forearm, asymptomatic, which had been growing up progressively. During this time he had been treated with topical clobetasol, with no resolution, and two skin biopsies were performed, with no histopathological diagnosis. With clinical diagnosis of tinea incognita, local cultures and a new skin biopsy were performed, and we started treatment with oral griseofulvine, with complete remission of the disease in 6 weeks time. Majocchi's granuloma was the histopathologic diagnosis and cultures proved the infection with Trichophyton verrucosum.*

*Although most cases of Majocchi's granuloma have been reported in lower legs of young women with local trauma such as depilation, nowadays more and more cases are being reported with unusual clinical presentations, and it is more common to see such cases showing as a tinea incognita because of previous use of topical corticosteroids.*

**Key words:** dermatophytic granuloma, *trichophyton verrucosum*, Majocchi's granuloma.

El granuloma de Majocchi es una dermatofitosis profunda bien conocida en la actualidad, pero poco frecuente. Aunque la mayor parte de las veces su presentación típica es en piernas de mujeres jóvenes con antecedentes de tinea pedis y/o ungüium, la aplicación masiva de corticoides tópicos por parte de la población general sin la supervisión de un médico está haciendo que cada vez haya más casos de presentación atípica o enmascarados como una tiña incógnito.

## Caso clínico

### Enfermedad actual

Varón de 56 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, de profesión matarife y carnicero, que consulta por una gran placa asintomática en antebrazo de 3 años de evolución, que no había mejorado a pesar de haber realizado distintos tratamientos. Se inició como una "picadura" o



**Figura 1.** A) Placa eritemato-violácea en antebrazo, infiltrada, con nódulos de pequeño tamaño diseminados por la superficie. B) Detalle de otra placa de características similares situada más proximal en el mismo brazo.

traumatismo en el centro del antebrazo, en su cara anterior, y ha crecido de forma progresiva. Se había aplicado Clobetasol tópico diariamente durante este tiempo, experimentando cierta mejoría pero sin conseguir la curación, en una ocasión tomó 20 comprimidos de Griseofulvina 500 mg, sin conseguir tampoco mejoría.

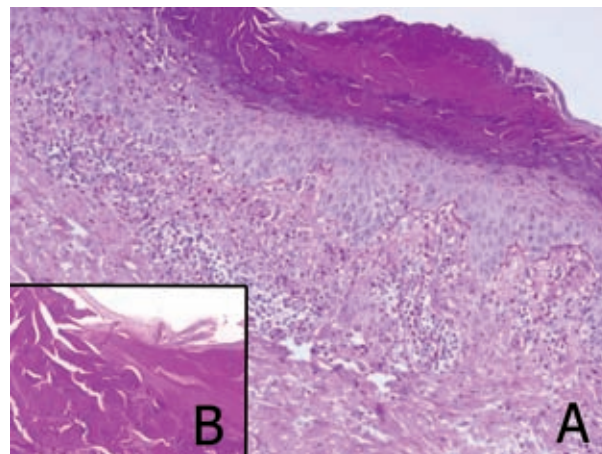
### Exploración física

Placa eritemato-violácea en antebrazo, infiltrada, con nódulos de pequeño tamaño diseminados por la superficie, de un tamaño de 25 x 15 cm (Figura 1a). Así mismo, había una placa más pequeña de características similares y situada más proximalmente en el mismo brazo, también en su cara anterior (Figura 1b). No se palpaban adenopatías locorregionales y el resto de la exploración era normal.

### Exploraciones complementarias

Se tomaron muestras para estudio histopatológico y cultivo micológico e investigación de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). El Hemograma, Bioquímica básica y VSG mostraron datos compatibles con la normalidad. La investigación de BAAR fue negativa.

El estudio histopatológico reveló pústulas subcórneas con esporas e hifas en superficie (PAS +), e infiltrado inflamatorio difuso, que se correspondían con el diagnóstico de micosis superficial de tipo pustuloso (Figura 2). Ante la obvia discordancia entre dicho informe y la clínica del paciente decidimos solicitar una revisión de dos biopsias previas que según el paciente le habían tomado en otro centro dos años antes. Al examinar estas muestras, se observó una reacción inflamatoria crónica reagudizada con vasculitis, con células



**Figura 2.** A) Presencia de pústulas subcórneas con esporas e hifas en superficie (PAS+), e infiltrado inflamatorio difuso, que se correspondían con el diagnóstico de micosis superficial de tipo pustuloso. B) Detalle de dos hifas localizadas superficialmente.

gigantes tipo cuerpo extraño, formación de granulomas dérmicos en empalizada necrotizantes, y presencia de esporas e hifas PAS + en dermis y en el interior de algunos folículos pilosos Figuras 3 y 4).

### Diagnóstico

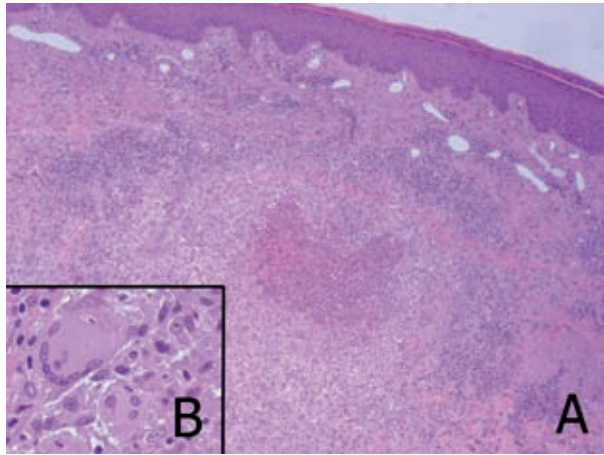
Granuloma de Majocchi de presentación como tiña incógnita.

### Evolución y tratamiento

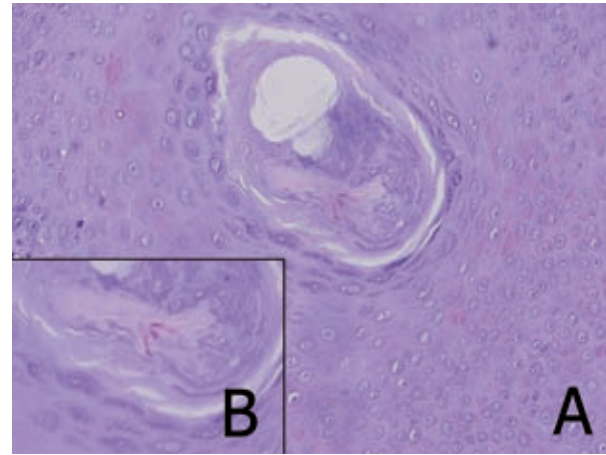
Se suspendió la aplicación de corticoides tópicos y se instauró tratamiento con Griseofulvina v.o. a dosis de 20 mg/kg de peso durante 6 semanas, con resolución completa de las lesiones. A los 20 días de iniciar el tratamiento el cultivo micológico evidenció el crecimiento de *Trichophyton verrucosum*. Hasta la fecha el paciente se encuentra asintomático.

### Comentario

El granuloma de Majocchi, también conocido como granuloma tricofítico, granuloma dermatofítico, o enfermedad de Wilson-Cremer, fue descrito en 1883 por Domenico Majocchi al observar la presencia de nódulos dérmicos y subcutáneos en los contornos de una placa de tricoficia superficial[1]. Posteriormente, en 1954, Wilson describió la "perifoliculitis nodular granulomatosa" causada por *Trichophyton rubrum*, en piernas de mujeres que se depilaban con máquina de rasurar[2]. En la actualidad se considera que ambos cuadros son variantes de una única entidad. Se



**Figura 3.** A) Reacción inflamatoria crónica reagudizada con vasculitis y formación de granulomas dérmicos en empalizada necrotizantes. B) Detalle de varias células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño.



**Figura 4.** A) Presencia de esporas e hifas PAS+ en el interior de algunos folículos pilosos. B) Detalle a mayor aumento de uno de esos folículos.

trata de una dermatofitosis superficial que profundiza a la dermis y suele afectar al folículo piloso, con ruptura del mismo, salida de queratina y formación de una respuesta dérmica granulomatosa.

A pesar de ser una infección fúngica bien conocida en la actualidad, es muy poco frecuente y la mayoría de casos se dan en piernas de mujeres de edad media con antecedentes de tiña pedis y/o ungüium y que han sufrido un trauma físico en la zona como por ejemplo la depilación[3].

Aunque puede aparecer en cualquier parte de la piel, las localizaciones más frecuentes son los miembros inferiores (60%), los miembros superiores, y más raramente tronco o cara, siendo excepcional en la cabeza[4, 5].

El agente etiológico más frecuente es *Trichophyton rubrum*, aunque se han descrito casos por otros dermatofitos, como *T. violaceum*, *T. verrucosum*, *T. tonsurans*, *T. mentagrophytes* (variedad *granulosum*), *T. epilans*, *T. schonleini*, *Microsporum canis*, *M. gypseum*, *M. audouinii* y *M. ferrugineum*[4, 6]. Se piensa que *T. rubrum* es el más frecuentemente implicado porque es la causa más común de dermatofitosis crónica.

Es importante destacar que el origen de la infección está en el propio paciente, y que el potencial patogénico de los dermatofitos depende de una serie de factores locales y sistémicos, de ahí que sea frecuente encontrar pacientes con algún tipo de inmunosupresión[4]. Además, como los dermatofitos afectan generalmente sólo al estrato córneo de la epidermis, es necesario algún trauma local que rompa el folículo piloso y haga que el hongo penetre en la dermis, con inicio del cuadro. La ruptura del folículo, con la salida de queratina a la dermis, contribuye a que se produzca la respuesta inflamatoria nece-

saria para que haya destrucción celular y liberación de mucopolisacáridos ácidos, lo cual produce cambios en el ambiente normalmente alcalino de la dermis que permiten la supervivencia y el crecimiento del hongo[6].

Clínicamente se han descrito dos formas de presentación. La primera es una dermatofitosis crónica con pequeñas pápulas pardoeritematosas o eritematovioláceas perifoliculares que pueden confluir formando placas. Esta forma es la que se ve generalmente en piernas de mujeres con antecedentes de trauma físico local, y también se ha descrito tras tratamientos corticoideos potentes de larga duración, especialmente si se han aplicado bajo oclusión[7, 8]. La segunda forma es más típica de pacientes inmunocomprometidos, con nódulos más profundos, reacción inflamatoria más importante, e incluso pueden abscesificarse[9, 10].

Histológicamente se observa un intenso infiltrado linfocitario con abundantes polimorfonucleares neutrófilos formando granulomas, células gigantes multinucleadas, destrucción de folículos pilosebáceos con salida de queratina al exterior, y presencia de artroconidias e hifas PAS + en dermis y epidermis[6].

El diagnóstico se confirma mediante biopsia de la lesión, KOH y cultivo para estudio micológico, tanto de la biopsia como de las escamas. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con la tiña incógnita, otras foliculitis bacterianas y por *Cándida*, pioderma bacteriano y las infecciones por micobacterias atípicas. En nuestro caso, y debido a los datos epidemiológicos, era necesario también hacerlo con una esporotricosis o con un erisipelo de Rosenbach.

El tratamiento en nuestro caso se realizó con griseofulvina vía oral a dosis de 20 mg/kg/día, con buena respuesta.

Sin embargo, se han usado también con éxito la terbinafina[4, 11] o los derivados imidazólicos como el itraconazol, ketokonazol o fluconazol[4, 12, 13]. En todos los casos, es necesario ser agresivos y usar tratamiento sistémico.

## Conclusiones

Destacamos en nuestro caso su presentación atípica, la localización poco frecuente y el uso previo de corticoides potentes durante tanto tiempo, lo cual hizo que se presentase como una tiña incógnito. De hecho, estuvimos considerando ambos diagnósticos durante mucho tiempo, debido al

resultado poco demostrativo de nuestra primera biopsia y a la discordancia que había entre la clínica y la patología, que se explica en parte porque el uso de clobetasol durante tanto tiempo inhibe la respuesta inflamatoria e hace que ésta pase de ser granulomatosa a ser difusa y poco marcada. También destaca la etiología ya que, aunque está descrito *T. verrucosum* como especie causante, ésta es muy poco frecuente. Además, en nuestro caso no fuimos capaces de detectar en el momento de la visita ningún foco de dermatofitosis crónica en nuestro paciente. Por todo ello, creemos que es un caso interesante y poco frecuente, lo cual ha motivado su publicación.

## Bibliografía

1. Majocchi D. Sopra una nuova tricofizia (granuloma tricofítico), studi clinici micologici. *Bull R Accad Roma* 1883; 9: 222-223.
2. Wilson JW, Plunkett OA, Gregfersen A. Nodular granulomatous perifolliculitis of the legs caused by *Trichophyton rubrum*. *Arch Dermatol* 1954; 69: 258-277.
3. Del Río R, Rodríguez M, Comunión A, et al. Folliculitis por *Trichophyton rubrum* (granuloma de Majocchi). *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92: 409-411.
4. Chang P. Granuloma dermatofítico. Presentación de 12 casos. *Piel* 2001; 16: 175-179.
5. Chen HH, Chiu HC. Facial Majocchi's granuloma caused by *Trichophyton tonsurans* in an immunocompetent patient. *Acta Derm Venereol* 2002; 83: 65-66.
6. Smith KJ, Neafie RC, Skeleton III HG, et al. Majocchi's granuloma. *J Cutan Pathol* 1991; 18: 28-35.
7. Jacobs PH. Majocchi's granuloma (due to therapy with steroids and occlusion). *Cutis* 1986; 38: 23.
8. Elgart ML. Tinea incognita: and update on Majocchi granuloma. *Dermatol Clin* 1996; 14: 51-55.
9. Echevarría C, Navarro P. Infección atípica por *Trichophyton rubrum* en un paciente inmunocomprometido. *Folia Dermatol* 1998; 9: 40-42.
10. Gupta S, Kumar B, Radotra BD et al. Majocchi's granuloma *trichophyticum* in an immunocompromised patient. *Int J Dermatol* 2000; 39: 140-159.
11. Gupta AK, Prussick R, Sibbald RG et al. Terbinafine in the treatment of Majocchi's granuloma. *Int J Dermatol* 1995; 34: 489.
12. Liao YH, Chu SH, Hsiao GH et al. Majocchi's granuloma caused by *Trichophyton tonsurans* in a cardiac transplant recipient. *Br J Dermatol* 1999; 140: 1194-1196.
13. Gupta AK, Groen K, Woestenbroghs R et al. Itraconazole pulse therapy is effective in the treatment of Majocchi's granuloma: a clinical and pharmacokinetic evaluation and implications for possible effectiveness in tinea capitis. *Clin Exp Dermatol* 1998; 23: 103-108.