

Granuloma tricofítico, comunicación de un caso

Dra. Lourdes Alonzo Pareyon,* Dra. Josefa Novales,** Dra. Ma. Teresa González Torres***

RESUMEN

Se comunica el caso de un paciente masculino de 24 años de edad con diagnóstico clínico-patológico de granuloma tricofítico, sin datos de inmunosupresión. Y una breve revisión del tema.

Palabras clave: Granuloma tricofítico, tiña corporis.

ABSTRACT

We comment the case of a 24 years old male with clinic and pathologic diagnostic of dermatophitic granuloma without immunodepression. We made a brief revision.

Key words: Dermatophitic granuloma, tinea corporis.

INTRODUCCIÓN

Los dermatofitos son hongos que infectan los tejidos queratinizados causando micosis superficiales, en ocasiones pueden profundizar hacia la dermis, formando verdaderos granulomas.¹ El género *Trichophyton* (85%)² es quien lo hace más frecuentemente ya que se adaptan bien a los tejidos, de aquí que a esta entidad, se le ha llamado granuloma tricofítico; debido a que existen otros agentes etiológicos, actualmente es más adecuado denominarlos granulomas dermatofíticos.¹

Los granulomas dermatofíticos son procesos crónicos, sin foliculitis supurante, causados por dermatofitos antropofílicos, no tienen curación espontánea y tienen una respuesta débil o nula frente al antígeno tricofitina (y a otras intradermoreacciones como: candidina y PPD).³

La mayor parte de los enfermos quedan comprendidos entre los 20 y 35 años de edad. Los casos generalizados se presentan en niños entre los 3 y 5 años. Es más frecuente en mujeres en relación 3:1, afecta por lo general a pacientes portadores: diabetes, desnutrición, pubertad retardada o pacientes inmunocomprometidos.⁴

Su topografía habitual es la piel cabelluda y la barba, así como las extremidades tanto inferiores como superiores y raramente afecta tronco y cara.

En la piel lampiña, las lesiones pueden ser extensas o limitadas, cursa por 3 fases en su historia natural:

Fase I (herpética) formada por placas eritematoescamosas, con bordes activos y pruriginosas, lesiones difíciles de distinguir de una tiña común, por lo regular son crónicas y continúan hacia la fase II (nodular): la más característica, constituida por nódulos de aproximadamente 0.5 a 3 cm de diámetro, de color violáceo, dolorosos y regularmente se ordenan alrededor de la placa y presentan un aspecto de "cordón nudoso" que con el tiempo se ulceran dando paso a la fase III (degenerativa) donde puede haber secreción de líquido espeso.¹⁻³

Histológicamente se caracteriza por cambios epidérmicos variables: ulceración o bien sólo adelgazamiento con aplanamiento de los procesos interpapilares. El proceso inflamatorio se desarrolla en el seno de la dermis y puede extenderse profundamente; está formado por granulomas, habitualmente bien constituidos, integrados por células gigantes a cuerpo extraño y de tipo langhans, acompañados de mononucleares de tipo histiocítico y linfocitario; se identifican estructuras dermatofíticas en forma de filamentos y/o esporas a las tinciones de PAS y Grocott.

El diagnóstico se establece a través del cuadro clínico y la realización de los siguientes estudios:

- Examen directo de escamas y pelos
- Cultivo en medio de Sabouraud y micosel.
- Biopsia sin duda la más importante ya que muestra la imagen granulomatosa.

* Jefe del Servicio de Dermatitis Ocupacionales del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefe del Laboratorio de Dermatopatología del CDP.

*** Residente 3er año Dermatología CDP.

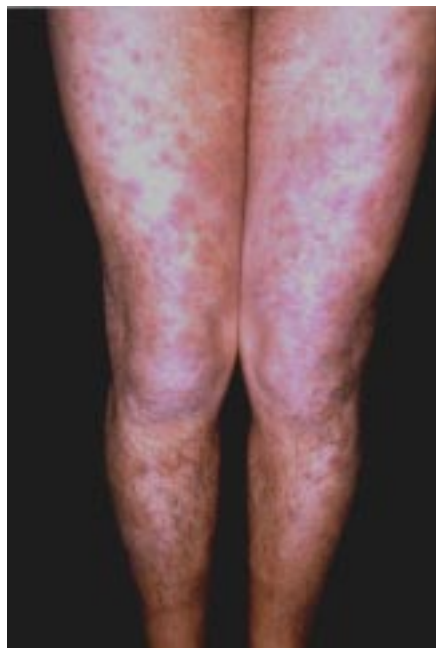


Figura 1. Aspecto clínico de las lesiones de miembros inferiores.



Figura 2. Acercamiento de los nódulos eritematosos.



Figura 3. Placas eritematoescamosas. Tiña corporis en tórax anterior.



Figura 4. Tiña corporis en tórax posterior.

- Pruebas inmunológicas: (intradermorreacción: PPD, tricofitina, candidina).^{1,2}

El tratamiento recomendado puede ser a base de griseofulvina 0.5 a 1 g/día durante 8 semanas, ketconazol 200 mg/día o bien itraconazol a 200 mg/día por

45 días.^{1-3,5} Recientemente se ha utilizado terbinafina a dosis de 250 mg/día por 4 ó 6 meses debido a su alta eficacia y menores efectos colaterales.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 24 años de edad, originario y residente de México D.F., comerciante (venta de vísceras de res), visto en la consulta del Centro Dermatológico Pascua en enero de 2000. Presentaba una dermatosis



Figura 5. Onicomomicosis bilateral en pies.

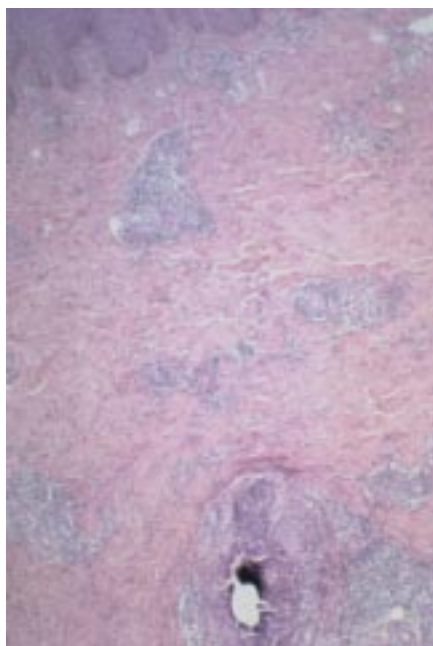


Figura 6. Granuloma tricofítico HE 4X.

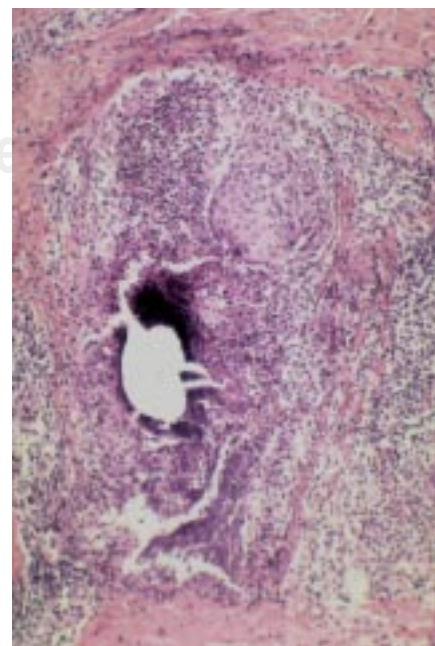


Figura 7. Granuloma tricofítico HE 10X.

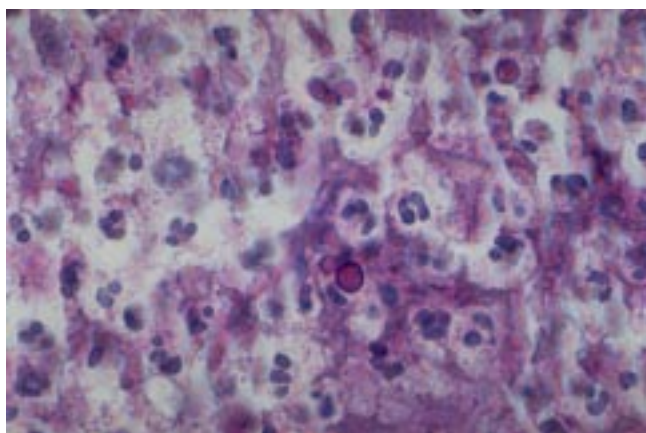


Figura 8.

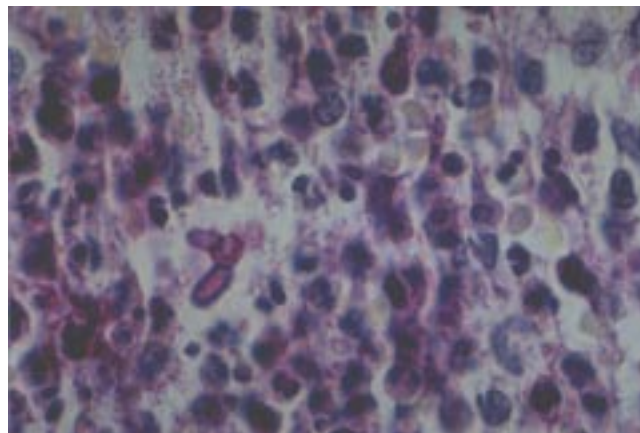


Figura 9.

Figuras 8 y 9. Elementos levaduriformes entre los infiltrados de polimorfonucleares.

diseminada a tronco y extremidades inferiores, de tronco afectaba cara anterior y posterior y de inferiores muslos y piernas en todas sus caras, bilateral y simétrica. Dermatitis de aspecto polimorfo constituida por eritema y escama que confluían para formar grandes placas de número y forma variable con bordes activos y centro con piel de características normales (Figuras 1 y 2), en extremidades inferiores constituida por múltiples nódulos de color rojizo de consistencia dura y asintomáticos (Figuras

3 y 4). Resto de piel y anexos: Onicopaquia y coloración amarillenta de las uñas de pies (Figura 5).

Al interrogatorio el paciente refiere haber iniciado 6 meses previos a su consulta con "granitos y barritos" en piernas que posteriormente se fueron extendiendo hasta abarcar toda la extremidad para lo cual tomó fexofenadina 120 mg.

No cuenta con antecedentes de importancia para su padecimiento actual.

Con los datos anteriores se realizó el diagnóstico clínico presuntivo de tiña corporis extensa, granuloma tricofítico y onicomicosis. Por lo que se inició un protocolo de estudio que incluyó: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, inmunocomb para VIH, examen directo y cultivo de cuerpo y uñas y una biopsia incisional de un nódulo de muslo.

La biometría hemática, la química sanguínea y examen de orina se reportaron dentro de parámetros normales, el inmunocomb resultó negativo. El examen directo y el cultivo fueron positivos para *T. rubrum*. La biopsia reportó acantosis moderada a expensas de los procesos interpapilares, presencia de capa córnea delgada, la dermis con papilomatosis e infiltrados moderados dispuestos en focos perivasculares y perianexiales, en la dermis media se observaron infiltrados focales de polimorfonucleares, histiocitos y linfocitos. La tinción de PAS mostró la presencia de elementos levaduriformes entre los infiltrados de polimorfonucleares que rodean a los folículos pilosos y en algunos cortes se observó el fenómeno de H. Splender (Figuras 6, 7 y 8). Por los datos anteriores se confirmaron los diagnósticos y se inició manejo con terbinafina 250 mg/día.

COMENTARIO

Este es el caso de un paciente con granuloma tricofítico por *T. rubrum* en el cual no se encontraron datos evidentes de inmunosupresión. Se llegó a la conclusión que el foco primario de infección se ubicaba en las uñas de los pies.

Por no contar con tricofitina en el centro no se realizó esta prueba, por lo que está pendiente valorar en forma indirecta la inmunidad celular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Magaña M, Bonifaz A. Granulomas dermatofíticos. *Dermatol Rev Mex* 1988; 32: 27-32.
2. Chang P, Fernández V. Granuloma dermatofítico en una paciente trasplantada renal. *Dermatol Rev Mex* 1990; 34: 121-123.
3. Chang P, Fernández V, Logemann H. Granuloma dermatofítico. Informe de 4 casos. *Dermatol Rev Mex* 1994; 38: 24-26.
4. Tsang P, Hopkins T, Jiménez V et al. Deep dermatophytosis caused by *Tricophyton rubrum* in a patient with AIDS. *J AM Acad Dermatol* 1996; 34: 1090-1091.
5. Brenan B, Leyden J. Overview of topical therapy for common superficial fungal infections and the role of new topical agents. *J AM Acad Dermatol* 1997; 36: s3-s7.
6. Gupta A, Shear N. Terbinafine: An update. *J AM Acad Dermatol* 1997; 37: 979-985.