

Revista del
Centro Dermatológico Pascua




Volumen **14** Número **3** Septiembre-Diciembre **2005**
Volume Number September-December

Artículo:




Granuloma de las piscinas de
distribución esporotricoides.
Comunicación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Granuloma de las piscinas de distribución esporotricóide. Comunicación de un caso

Dra. María del Carmen Padilla,* Dra. Gisela Navarrete Franco,** Dra. Lylian Saldaña Rodríguez,***
Dra. Edda Bernal****

RESUMEN

El granuloma de las piscinas es una enfermedad crónica, granulomatosa, que produce manifestaciones generalmente cutáneas y ocasionalmente articulares, causada por la inoculación directa de una bacteria de crecimiento lento (*Mycobacterium marinum*), que se encuentra en aguas dulces o saladas y usualmente se presenta como nódulos únicos o múltiples, que en algunas ocasiones sigue una distribución esporotricóide.

Se presenta el caso de un paciente masculino con diagnóstico de granuloma de las piscinas de distribución esporotricóide y una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Granuloma de las piscinas, *Mycobacterium marinum*.

ABSTRACT

Swimming pool granuloma is a granulomatous chronic skin disease caused by Mycobacterium marinum, an atypical slow growth Mycobacterium found in salt and fresh water. It is characterized clinically by an inflammatory verrucous or crusted lesion at the inoculation site, and in some cases lymphangitic spread.

The authors present a male patient with diagnosis of swimming pool granuloma with lymphangitic spread and a review of the literature.

Key words: *Swimming pool granuloma, Mycobacterium marinum.*

INTRODUCCIÓN

El *M. marinum* fue descrito y aislado en Filadelfia por Aronson (1926) como el agente etiológico de la tuberculosis en peces de agua salada y que ocasionaba la muerte de los mismos. Hellestrom en Estocolmo, Suecia, (1951) publicó seis casos con diagnóstico de lupus vulgar que presentaban el antecedente de traumatismo en piscinas (cinco de ellos en la misma alberca) y ahora se sabe que correspondían a granuloma de las piscinas.

Por este motivo, Linell y Norden al aislar al agente causal, lo denominaron *M. balnei*.¹ El *M. marinum* pertenece al grupo de las micobacterias atípicas de crecimiento lento, fotocromógenas, es decir, que es capaz

de formar beta-carotenos en presencia de luz, adquiriendo sus colonias una coloración amarilla.

La micobacteria habita en el agua templada de piscinas, playas, ríos y lagunas pero también en los acuarios y peceras.²⁻⁴

Es necesario que penetre en la piel escoriada para que la infección se establezca, las manifestaciones clínicas de la enfermedad son predominantemente cutáneas, encontrándose en casi todos los casos en las zonas acrales donde las condiciones de temperatura son las más adecuadas para su desarrollo.⁴⁻⁸

Las lesiones por lo general, son únicas, pero pueden ser múltiples y estar distribuidas siguiendo un trayecto linfático adoptando un patrón esporotricóide.⁹⁻¹¹ Los cuadros diseminados son raros y suelen observarse en pacientes inmunocomprometidos. La mayoría de las lesiones son asintomáticas pudiendo evolucionar hacia la curación espontánea y sólo en ocasiones existe afección de ganglios linfáticos regionales o de estructuras adyacentes como tendones, articulaciones o huesos.¹²⁻¹⁴

Precisa el medio de Lowenstein-Jensen para su cultivo a una temperatura ideal entre 30 y 32°C. Después

* Dermatóloga. Jefe del Servicio de Micología del CDP.

** Dermatopatóloga del CDP.

*** Residente de 4° año de Dermatología CDP.

**** Residente de 3° año de Dermatología CDP.



Figura 1. Imagen clínica. Nódulos en dorso de mano y en dedo índice.

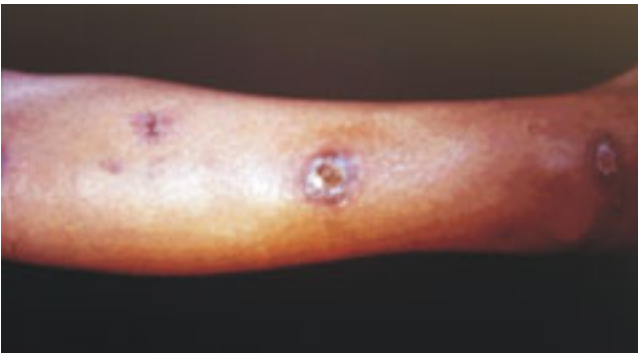


Figura 2. Imagen clínica. Nódulos en antebrazo que siguen una distribución linfagítica.

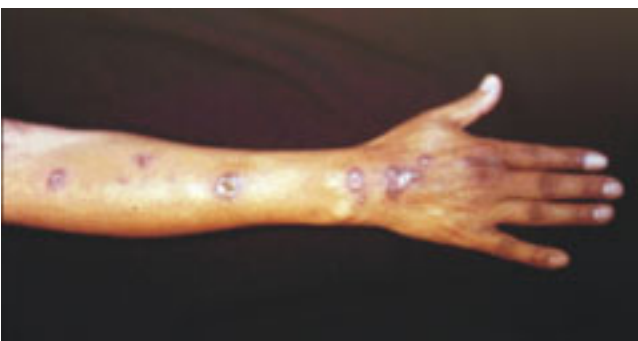


Figura 3. Imagen clínica. Nódulos en mano y antebrazo, con patrón esporotricóide.

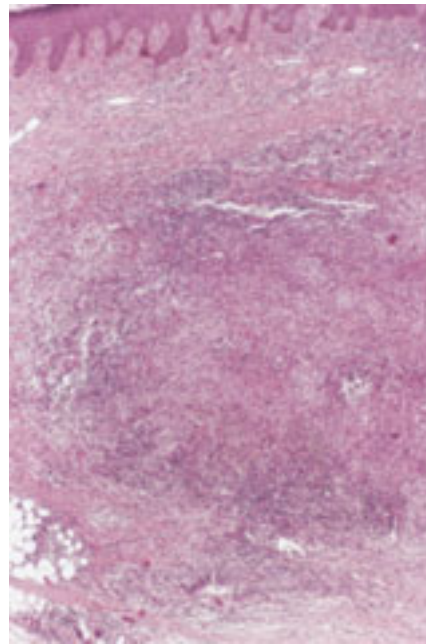


Figura 4. Histopatología. Epidermis acantósica. En dermis superficial, media y profunda hay infiltrado denso formando granulomas supurativos. (HE, 4 X)

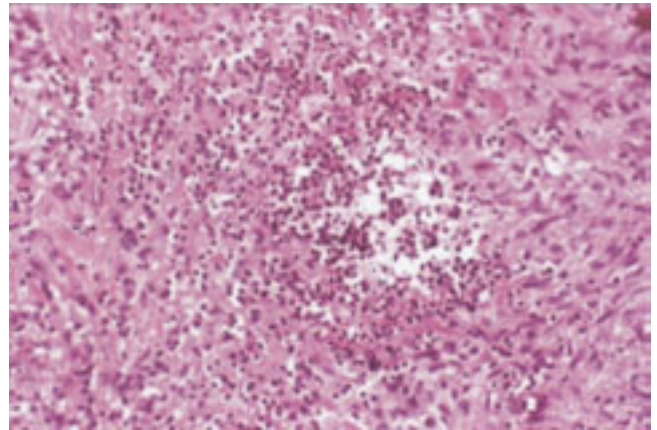


Figura 5. Histopatología. Granuloma tuberculoide de tipo supurativo. (HE 20 X)



Figura 6. Imagen clínica. Lesiones residuales al final del tratamiento.

de un periodo de incubación que varía entre 2 y 8 semanas, aparece una lesión papulosa que, en su evolución, forma nódulos de superficie verrugosa y descamativa que en ocasiones pueden ulcerarse.

El diagnóstico de certeza, tras una sospecha clínico-epidemiológica, se basa en la identificación mediante cultivo del *M. marinum* en muestra del tejido afectado.

Las características histológicas no son diagnósticas ni exclusivas de cada cuadro, pero sí ofrecen particularidades dependiendo de las variedades.¹⁵ Pueden presentar un infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, polimorfonucleares e histiocitos en la dermis. Las lesiones antiguas muestran granulomas tuberculoideos sin necrosis caseosa. La tinción de Ziehl-Neelsen muestra bacilos sólo en cerca de la mitad de los casos.^{3,4}

La reacción en cadena de la polimerasa o PCR, es un método rápido y simple para copiar y amplificar secuencias específicas de DNA por lo que, entre otros usos, se utiliza para detectar o cuantificar, en algunos casos, la presencia de determinadas secuencias de DNA en una muestra.^{12,16}

En cuanto al tratamiento, se han establecido varios regímenes siendo el de elección la minociclina en dosis de 200 mg diarios durante 2 a 4 meses, como fármacos alternativos están el trimetoprim-sulfametoxazol, rifampicina, etambutol y claritromicina.^{1,4-6,8}

La enfermedad tiene un pronóstico benigno y se autolimita, la evolución puede ser hacia la curación espontánea en las lesiones papulonodulares, mientras que la forma esporotricóide puede persistir durante muchos años.^{1,3,8}

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 50 años de edad, originario y residente de México DF, acudió al Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua en mayo de 2004.

Presenta una dermatosis localizada a extremidad superior derecha de la que afecta dedo índice, dorso de mano y antebrazo en región externa, que se disponen de forma lineal, es unilateral y asimétrica (*Figura 1*). Dicha dermatosis se constituye por nódulos eritematovioláceos de 0.3 a 1 cm de diámetro y gomas con escama en su superficie (*Figuras 1, 2 y 3*).

Al interrogatorio, el paciente refiere haber iniciado hace 2 meses con un "granito" en la falange distal del dedo índice derecho y que fueron diseminándose a la mano y el antebrazo con un periodo de aparición de 3 a 5 días entre cada uno de ellos. Algunas lesiones se rompieron drenando material purulento y dejando una costra, por lo que acudió al CDP.

El paciente, entre sus actividades cotidianas, cortaba las flores de su jardín semanalmente por lo que se emitió el diagnóstico presuntivo de esporotricosis linfangítica.

En el laboratorio de micología se le realiza examen directo y cultivo de la lesión en busca de *S. schenkii* obteniendo un resultado negativo, por lo que se le interroga intencionadamente en busca de datos que orienten a que las manifestaciones sean causadas por una micobacteriosis atípica, y refiere que se encarga de la limpieza de peceras cada dos o tres meses, con lo que se emite el diagnóstico de micobacteriosis atípica probablemente por *Mycobacterium marinum*.

Con los datos anteriores se realizó biopsia de lesión, la cual fue compatible (*Figuras 4 y 5*) y se envía una muestra de piel para PCR obteniendo la confirmación de la especie *marinum*. La radiografía de antebrazo y mano derecha presentaba únicamente afectación de tejidos blandos y en los estudios de laboratorio realizados no se encontraron alteraciones.

Se llega al diagnóstico definitivo de micobacteriosis atípica por *M. marinum*, se inicia tratamiento con minociclina 200 mg al día por 15 días y posteriormente se reduce la dosis a 100 mg al día por 2 meses ya que las lesiones tuvieron remisión completa en este tiempo.

DISCUSIÓN

La importancia de este caso radica en que el paciente tenía antecedentes que nos llevaban a pensar en dos entidades diferentes, realizaba trabajos de jardinería y lavaba peceras por lo que los diagnósticos debido a la distribución linfangítica de las lesiones eran esporotricosis o micobacteriosis atípica.

Hay que resaltar la importancia entonces de realizar una adecuada historia clínica, ya que fue de suma importancia para el diagnóstico, así como el cultivo y la correlación con la biopsia de piel. En este caso se realizó también PCR para tipificar la micobacteria.

Se sabe penetran en la piel a través de una solución de continuidad y que principalmente se da en las extremidades superiores e inferiores. Los casos de *Mycobacterium marinum* que son diseminados o de distribución linfangítica son más frecuentes en pacientes inmunocomprometidos pero en este caso fue descartado.

En cuanto al tratamiento, se obtuvo una buena respuesta a minociclina en dosis de 200 mg al día por 15 días y luego 100 mg por 2 meses, tiempo en el cual hubo involución de las lesiones (*Figura 6*).

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedberg I, Risen A, Wolff K et al. *Fitzpatrick's: Dermatology in General Medicine*. 5th edition. Editorial McGraw-Hill. EUA 1999: 2288-89.
2. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG. *Textbook of Dermatology*. 2nd edition. Blackwell, London, 1972: 457-59.
3. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Enfermedades bacterianas. *Histopatología de la piel*. 7^a edición. Ed. Interamericana, Buenos Aires, 1991: 316.
4. Tong D. Skin Hazards of the marine aquarium industry. *Int J Dermatol* 1996; 35: 153-157.
5. Colasante M, Cabrera H, Marini M. Granuloma de los acuarios. Presentación de tres casos. *Arch Argent Dermatol* 1999; 49: 227-230.
6. González FA, Menéndez CL, Palacios GJ. Granuloma de los acuarios. Infección cutánea por *Mycobacterium marinum*. *Actas Dermosifiliogr* 1995: 33-37.
7. García FJ, Patricio J, López MA et al. Infección cutánea por *Mycobacterium marinum* de distribución esporotricoide. *Actas Dermosifiliogr* 1995; 86: 28-32.
8. Ang P, Rattana-Apiromyaku N, Goh C. Retrospective study of *Mycobacterium marinum* skin infections. *Int J Dermatol* 2000; 39: 343-347.
9. Weitzul S, Eichborn P, Pandya A. Nontuberculous mycobacterial infections of the skin. *Dermatol Clin* 2000: 18.
10. Palenque E. Skin disease and nontuberculosis atypical mycobacteria. *Int J Dermatol* 2000; 39: 650-666.
11. Magana J, Flores J. Micobacteriosis esporotricoide por *M. marinum*. Informe de un caso en Mérida Yucatán. *Dermatología Rev Mex* 1998; 42(2): 63-5.
12. Sitjas D, Bartralot R. Infección cutánea por *Mycobacterium marinum*. *Piel* 1999; 14: 359-366.
13. Sánchez J, Casals M, Garciandia C. Granuloma de los acuarios. *Med Cut* 1995; 23: 25-28.
14. Avelino F, González C. Granuloma de los acuarios. Infección cutánea por *Mycobacterium marinum*. *Actas Dermosifilogr* 1995; 86(1): 33-37.
15. Navarrete FG. *Dermatosis por micobacterias atípicas*. Programa de Actualización Continua para Dermatología. Libro 4. México 2000.
16. Blackwell VC, Hamilton AJ et al. Production and characterization of monoclonal antibody against *Mycobacterium marinum*. *Br J Dermatol* 1998; 138: 742.